

Implementerings(u)troskap

En kvalitativ studie av psykologers bruk av
tilbakemeldingssystemet OQ-45 i rusbehandling

Marte Dalane-Hval



Masteroppgave i helse- og sosialpsykologi

Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Mai 2013

Forord

Å jobbe med masteroppgåva har vore både spennande og utfordrande, og nå er eg i mål. Prosjektet har vore eit sjølvstendig delprosjekt med tilknytning til doktorgradsprosjektet til Hanne H. Brorson og til forskingsprosjektet The Youth Addiction Treatment Evaluation Project. Det har vore spennande å jobbe med ein så konkret problemstilling som bruk av OQ-45 på AUA, og føle at det ein har gjort kan brukast og vere til nytte.

Det er mange som har vore involvert i og hjulpet til med prosjektet mitt, og som fortener ein stor takk. Først og fremst vil eg takke deltakarane som var med i denne studien. Takk for at dykkon stilte opp og delte erfaringar og opplevingar med meg. Takk til leiinga på AUA og alle andre der som har hjulpet meg med oppgåva, og lagt til rette for datainnsamling. Eg vil særleg takke rettleiarane mine, Hanne H. Brorson og Marit Råbu. Tusen takk for gode tilbakemeldingar og råd gjennom heile prosessen. Det har vore ei glede å samarbeide med dykkon og eg setter stor pris på all hjelpa eg har fått.

Tusen takk til Mamma, Pappa og Jorån for oppmuntringar, støtte og gjennomlesing av oppgåva – dykkon er snille. Takk til Miriam for gode diskusjonar om kvalitativ metode og for at du har lest gjennom oppgåva mi. Til slutt vil eg takke min kjære Hans for all hjelp til oppgåva, for at du har orka å høre på alt snakket om implementering, for oppmuntringar gjennom eit langt år med masterjobbing og ikkje minst for all god mat og alle dei gilde pausane.

Marte Dalane-Hval

Oslo, mai 2013.

Sammendrag

Forfatter: Marte Dalane-Hval

Tittel: Implementerings(u)troskap – en kvalitativ studie av psykologers bruk av tilbakemeldingssystemet OQ-45 i rusbehandling

Hoved- og biveileder: Hanne H. Brorson og Marit Råbu

Kunnskap om hvordan og hvor mye en intervensjon blir brukt, er viktig for å trekke riktige slutninger om intervensjonens effekt. Formålet med denne studien var for det første å undersøke psykologers adherence til tilbakemeldingssystemet Outcome Questionnaire-45 (OQ-45) i rusbehandling, altså i hvilken grad psykologene brukte OQ-45 i henhold til avtalt bruk. Videre ble det undersøkt hvilke faktorer som fremmet og hemmet psykologenes bruk av OQ-45. Semi-strukturerte intervjuer ble anvendt som metode, og fire psykologer ansatt ved Avdeling avhengighetsbehandling unge på Oslo Universitetssykehus ble intervjuet. Tematisk analyse ble brukt som analyseverktøy.

Funnene tydet på at deltagerne hadde middels høy grad av adherence til bruken av OQ-45. Funnene viste videre en rekke faktorer som kunne fremme og hemme psykologenes bruk av OQ-45. Det som så ut til å fremme bruken var at OQ-45 ble opplevd som nyttig å bruke, at deltagerne opplevde at det passet til pasientene, at de brukte OQ-45 sammen med kollegaer og at organiseringen var god. Det som kunne hemme bruken var at OQ-45 ikke ble opplevd som nyttig å bruke, ulike kjennetegn ved pasientene, tidsmangel og nedprioritering, og organisatoriske og praktiske problemer.

Den middels høye graden av adherence kan bety at tolkningene av effektiviteten til OQ-45 må gjøres med noe forsiktighet. På den annen side kan deltagernes tilpasninger av OQ-bruken gjenspeile hva evidensbasert praksis skal handle om, nemlig en integrering av forskning sammen med klinisk erfaring og pasientenes preferanser. Dette kan være å foretrekke fremfor en rigid eller absolutt bruk.

Innholdsfortegnelse

Forord	iii
Sammendrag	v
Innledning og litteraturgjennomgang	1
<i>Bakgrunn</i>	<i>1</i>
<i>Hvorfor undersøke implementering og implementeringstroskap?</i>	<i>2</i>
<i>Begrepsavklaring</i>	<i>2</i>
<i>Generelt om forskning på implementeringstroskap</i>	<i>3</i>
<i>Forholdet mellom implementeringstroskap/adherence og utfall</i>	<i>4</i>
<i>Kjennetegn ved brukeren som kan fremme og hemme bruken</i>	<i>5</i>
<i>Kjennetegn ved intervensjonen som kan fremme og hemme bruken</i>	<i>6</i>
<i>Kjennetegn ved pasienten som kan fremme og hemme bruken</i>	<i>7</i>
<i>Kjennetegn ved organisasjonen som kan fremme og hemme bruken</i>	<i>7</i>
<i>Forholdet mellom de ulike kjennetegnene som kan fremme og hemme bruken</i>	<i>8</i>
<i>Implementering av tilbakemeldingssystemet Outcome Questionnaire-45</i>	<i>9</i>
<i>Beskrivelse av prosjektet og forskningsspørsmål</i>	<i>10</i>
Metode	12
<i>Valg av metode</i>	<i>12</i>
<i>Epistemologi og refleksivitet</i>	<i>12</i>
<i>Utforming av intervjuguide og pilotintervju</i>	<i>13</i>
<i>Utvalgsmetode og rekruttering</i>	<i>14</i>
<i>Datainnsamling og deltagere</i>	<i>15</i>
<i>Transkribering</i>	<i>15</i>
<i>Analyse</i>	<i>16</i>
<i>Etikk</i>	<i>17</i>
Resultater	19
<i>I hvilken grad bruker psykologene ved AUA OQ-45 i henhold til avtalt bruk?</i>	<i>19</i>
<i>Den obligatoriske bruken</i>	<i>19</i>
<i>Annen bruk av OQ-45</i>	<i>20</i>
<i>Hva fremmer bruken av OQ-45?</i>	<i>21</i>
<i>Oppleveres som nyttig å bruke</i>	<i>22</i>
<i>OQ-45 passer til pasienten</i>	<i>23</i>

Bruk av OQ-45 sammen med kollegaer	24
God organisering	25
<i>Hva hemmer bruken av OQ-45?</i>	26
Pasientkjennetegn	26
Opplevs ikke som nyttig å bruke	27
Tidsmangel og nedprioritering	29
Organisatoriske og praktiske problemer	30
Diskusjon	33
<i>I hvilken grad brukes OQ-45 på AUA og hva kan det ha det å si?</i>	33
<i>Tilpasninger av OQ-bruken</i>	34
<i>Faktorer som hemmer bruken og mulige samspill mellom dem</i>	36
<i>Drøfting av metode og begrensninger ved studien</i>	38
Konklusjon og implikasjoner	40
<i>Implikasjoner for praksis</i>	40
<i>Implikasjoner for videre forskning</i>	41
Referanser	44
Vedlegg 1: Spørreskjemaet Outcome Questionnaire-45 (OQ-45)	48
Vedlegg 2: Intervjuguide psykologer	49
Vedlegg 3: Samtykkeskjema for lydopptak	50
Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD	51

Innledning og litteraturgjennomgang

Bakgrunn

Å forbedre og effektivisere praksis er et mål innenfor helsevesenet, slik at personer skal få best mulig behandling (NOU, 2011). En måte å oppnå dette på er gjennom *evidensbasert praksis*, som Levant (2005) definerte som "the integration of the best available research with clinical expertise in the context of patient characteristics, culture, and preferences" (s. 5). I Norge har blant annet Norsk Psykologforening (NPF) vedtatt en prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis, som har til hensikt å "fremme virksom effektiv psykologisk praksis" (NPF, 2007, s. 1127). Definisjonen av evidensbasert praksis innebærer en anerkjennelse av at man må kombinere de beste funnene man har gjort i forskning med erfaringsbasert kunnskap og brukermedvirkning (Levant, 2005; Rønnestad, 2008). Videre i oppgaven er hovedfokuset på forskningsbaserte intervensjoner, som innenfor psykologisk praksis finnes i mange varianter, som kan brukes med ulike pasienter i ulike kontekster (Levant, 2005).

Å overføre en effektiv, forskningsbasert intervensjon til praksis kan være utfordrende, siden det er mange faktorer som kan påvirke underveis. Derfor vil ikke nødvendigvis en intervensjon som har vist god effekt da den ble utviklet, være like effektiv når den blir tatt i bruk i praksis (Damschroder et al., 2009). Dette har igjen gjort at pasienter ikke har fått så god behandling som de kunne ha fått, dersom programmet eller intervensjonen hadde fungert optimalt (Sørli, Ogden, Solholm, & Olseth, 2010). Prinsippet om evidensbasert praksis har vært omdiskutert innenfor psykologien, nettopp på bakgrunn av slike store forskjeller mellom resultater oppnådd i forskning og resultater oppnådd i praksis (Bjørk & Neumer, 2010).

Forskning på hva som skal til for at en intervensjon skal være effektiv i praksis, har blitt mer utbredt de siste årene. Denne forskningen undersøker *implementering*, som har blitt definert som "the process of putting a defined practice or program into practical effect" (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman, & Wallace, 2005, s. 82). Implementering handler altså om prosessen hvor en intervensjon tas i bruk i praksis, og har blitt omtalt som "bindeleddet mellom forskning og praksis" (Sørli et al., 2010, s. 315). Kunnskap om implementering kan bidra til å forbedre og effektivisere bruken av intervensjoner, slik at overgangen fra forskning til praksis, som ofte er vanskelig, kan bli enklere og bedre.

Hvorfor undersøke implementering og implementeringstroskap?

Et av aspektene som har blitt forsket mest på i tilknytning til implementering er *implementeringstroskap*. Begrepet handler om i hvilken grad en intervensjon blir brukt slik det var meningen (Mihalic, 2002). Å ta i bruk en effektiv intervensjon hjelper lite hvis den ikke blir implementert slik den skal, og kunnskap om hvordan en intervensjon har blitt implementert er derfor sentralt for å kunne si noe om effekten til en intervensjon (Fixsen et al., 2005).

Uansett om en intervensjon har hatt god eller dårlig effekt, er det viktig å vite hva som har ført til at intervensjonen fikk dette utfallet (Dusenbury, Brannigan, Falco, & Hansen, 2003). Hvis man ikke vet hvordan en intervensjon har blitt brukt, kan man trekke feil slutninger om effektiviteten til intervensjonen. I følge Dobson og Cook (1980) står man da i fare for å begå en type III-feil. Det vil si at man antar at et velfungerende program er dårlig på grunn av mangelfull effekt, når det egentlig er implementeringen av programmet som ikke er tilfredsstillende (Dobson & Cook, 1980). Programmet kan ha blitt implementert feil eller ufullstendig, og dermed ført til dårlig utfall, til tross for at programmet egentlig er effektivt dersom det brukes som det skal.

Gjennom å undersøke implementeringstroskap kan man identifisere utfordringer og problemer ved bruken av en intervensjon og forsøke å gjøre noe med det. Denne kunnskapen er også viktig for replikasjoner av en studie og for bruk av den aktuelle intervensjonen i andre sammenhenger (Carroll et al., 2007). Til tross for anbefalinger om å undersøke hvordan en intervensjon faktisk har blitt brukt, blir dette sjelden gjort, verken i internasjonal eller norsk sammenheng (Fixsen et al., 2005; Sørli et al., 2010). Å undersøke implementeringstroskap krever både mye tid og ressurser (Perepletchikova, 2011), og mange personer er dessuten ikke klar over viktigheten av slike undersøkelser (Sørli et al., 2010).

Begrepsavklaring

Litteraturen som tar for seg implementeringstroskap har vært preget av lite konsekvent begrepsbruk. Begrepene behandlingstroskap, samsvar (compliance), behandlingsintegritet og implementeringstroskap har blitt definert svært likt og brukt om hverandre (Durlak & DuPre, 2008; Fixsen et al., 2005; Mihalic, 2002). For å forenkle bildet blir de ulike begrepene kun omtalt som implementeringstroskap i denne oppgaven, uavhengig av hvilke begrep som forskerne opprinnelig har brukt. Implementeringstroskap er valgt fordi det er et mye brukt begrep, særlig innenfor implementeringsforskning.

Særlig fem aspekter av implementeringstroskap har blitt studert, både samlet og hver for seg (Dane & Schneider, 1998). De fem aspektene er: adherence til programmet, eksponering (mengde av programmet som har blitt brukt), kvaliteten på intervensjonsbruken, deltagerens responsivitet (om deltagerne aksepterte og ble engasjert av programmet) og programdifferensiering (at programinnholdet ikke ble blandet med innhold fra andre programmer) (Dane & Schneider, 1998). Idealet er å undersøke alle underkategoriene av implementeringstroskap, men ofte må noe prioriteres (Allen, Linnan, & Emmons, 2012).

I denne oppgaven er fokuset på *adherence*, som har blitt definert som "the extent to which specified program components were delivered as prescribed in program manuals" (Dane & Schneider, 1998, s. 45). Det handler om i hvilken grad en intervensjon eller et program blir brukt i henhold til det som er foreskrevet. Hvis en intervensjon brukes slik det var meningen, er graden av adherence høy. Adherence defineres svært likt som implementeringstroskap og har blitt omtalt som essensen av implementeringstroskap (Carroll et al., 2007). Forskning på implementeringstroskap har dessuten i stor grad omhandlet adherence (Carroll et al., 2007). Det engelske begrepet adherence brukes i oppgaven, siden det har vært vanskelig å finne et norsk begrep som dekker begrepet på en god måte.

Generelt om forskning på implementeringstroskap

Forskning på implementering generelt og særlig på implementeringstroskap og adherence er enda i startfasen (Mihalic, 2002; Schoenwald & Garland, 2012). Man vet ikke nok om hvordan en intervensjon skal implementeres for at den skal oppnå like god effekt som den hadde da den ble utviklet (Sørli et al., 2010). Det er få teorier som omhandler adherence og implementeringstroskap, og feltet består mest av enkeltstudier og metaanalyser / litteraturgjennomganger. Det finnes noen mer generelle teorier, som for eksempel Diffusion of innovation-theory (Rogers, 2003) og Theory of planned behavior (Ajzen, 1991), men disse dekker mer enn det som er temaet i denne oppgaven. Jeg synes det er viktigere å presentere empiri som omhandler implementeringstroskap og adherence direkte, og kommer derfor ikke til å presentere noen teorier.

Flere ulike begreper har blitt studert i sammenheng med implementeringstroskap, som for eksempel forholdet mellom implementeringstroskap og terapeuters kompetanse, og alliansen mellom psykolog og pasient i terapien (Barber et al., 2006; Webb, DeRubeis, & Barber, 2010). Disse sammenhengene vil ikke bli undersøkt i denne studien, grunnet plasshensyn. Innholdet i terapien og terapiprosesser vil heller ikke bli belyst. Fokuset vil

derimot være på forholdet mellom adherence og utfall, og på kjennetegn ved intervensjonen, brukeren, pasienten og organisasjonen hvor intervensjonen ble anvendt som kan fremme og hemme graden av adherence.

Forholdet mellom implementeringstroskap/adherence og utfall

En av hovedgrunnene til å undersøke graden av implementeringstroskap har vært antagelsen om at den kan påvirke effekten og utfallet til en intervensjon. I en gjennomgang av implementeringsstudier fant Mihalic (2002) at dersom en intervensjon skulle oppnå sitt ønskede utfall, var det viktig med høy grad av troskap til intervensjonen. Pereplechikova og Kazdin (2005) fant derimot svært varierende resultater da de gjennomgikk studier av forholdet mellom adherence og utfall. De fant både tilfeller hvor høy grad av adherence predikerte bedre utfall, og tilfeller hvor det predikerte dårligere utfall (Pereplechikova & Kazdin, 2005). I en metaanalyse av 36 psykoterapi-studier, ble det ikke funnet en signifikant sammenheng mellom adherence og pasientenes utfall av terapien (Webb et al., 2010). I de to sistnevnte studiene ble det satt spørsmålsteget ved om resultatene kunne stemme, siden det virket ulogisk at graden av adherence ikke hadde en klar sammenheng med utfall (Pereplechikova & Kazdin, 2005; Webb et al., 2010). Metodiske forskjeller i studiene som var inkludert i litteraturgjennomgangene ble drøftet som en mulig forklaring, men ingen av studiene konkluderte med dette som eneste årsak.

Andre grunner til den uklare sammenhengen mellom adherence og utfall har også blitt studert. Barber et al. (2006) undersøkte om adherence til en behandlingsmanual i rusbehandling predikerte utfallet av behandlingen. De fant at både høy og lav adherence predikerte dårlig utfall. I tillegg fant de et kurvelineært forhold mellom adherence og utfall, som vil si at det optimale var et middels høyt nivå av adherence (Barber et al., 2006). Hogue et al. (2008) fant lignende resultater i sin studie. Grunnen til at et middels høyt nivå av adherence var best for å oppnå et positivt utfall, kunne i følge studiene være fordi terapeuten var fleksibel i bruken og så behandlingen an med tanke på pasienten og situasjonen (Barber et al., 2006; Hogue et al., 2008). Lav grad av adherence kunne være negativt fordi terapeuten hadde en manglende evne til å anvende intervensjonen (Barber et al., 2006). Høy grad av adherence kunne på sin side føre til at bruken ble for rigid og at behandlingen ikke ble tilpasset til pasienten.

Å gjøre tilpasninger av en intervensjon er ofte nødvendig for at den skal passe best mulig til en aktuell kontekst, men dette går på bekostning av at intervensjonen blir fullstendig

implementert (Hasson, Blomberg, & Dunér, 2012). En litteraturgjennomgang viste at implementeringen av intervensjoner aldri var perfekt og også svært sjelden nesten var perfekt (Durlak & DuPre, 2008). Til tross for dette fant Durlak og DuPre (2008) at mange av studiene hadde god effekt, selv når kun 60 % av innholdet (målt etter hvor mange deler i en intervensjon som ble anvendt) i en intervensjon ble brukt. Dette kan tyde på at tilpasninger ikke nødvendigvis går på bekostning av effektivitet. Sørli et al. (2010) mente at hvorvidt høy eller middels adherence var det mest fordelaktige, kunne ha sammenheng med hvilke typer tilpasninger som brukerne gjorde av intervensjonen. Tilpasninger av sentrale deler av en intervensjon kunne påvirke negativt, mens mindre sentrale deler sannsynligvis kunne bli endret uten at intervensjonen fikk betydelig dårligere effekt (Sørli et al., 2010). Det er derfor viktig å vite hvilke deler av en intervensjon som kan endres og hvilke som bør forbli uendret. I tillegg er det en viktig forskjell mellom hvorvidt tilpasningene er bevisste fra brukerens side og dermed et forsøk på å gjøre intervensjonen bedre i den lokale settingen eller om tilpasningene er ubevisste og skyldes mangel på forståelse for intervensjonen (Mihalic, 2002).

Kjennetegn ved brukeren som kan fremme og hemme bruken

En rekke studier har undersøkt hvilke faktorer relatert til den som bruker en intervensjon som kunne fremme og hemme bruken deres av intervensjonen. I disse studiene er det særlig faktorer som har med brukerens oppfatninger og holdninger til intervensjonen som har blitt fremhevet, samt brukerens erfaring.

En studie viste at terapeuter som aksepterte en behandling, som vil si at de anså behandlingen for å være effektiv, passende og fornuftig, brukte behandlingen i større grad enn terapeuter som ikke gjorde samme vurdering (Perepletchikova & Kazdin, 2005). I en litteraturgjennomgang fant Durlak og DuPre (2008) at dersom brukeren opplevde at det var behov for å bruke en intervensjon, var det større sannsynlighet for at den ble brukt. Hvis en bruker derimot opplevde at intervensjonen ikke var relevant for sine pasienter, kunne dette hemme bruken (Forsner, Hansson, Brommels, Wistedt, & Forsell, 2010). Videre viste studien til Durlak og DuPre at oppfatninger om fordeler med intervensjonen kunne påvirke hvorvidt den ble brukt eller ikke. Personer som trodde at intervensjonen ville føre med seg fordeler, brukte intervensjonen i større grad. Forpliktelse kan også fremme bruken. De brukerne som følte seg forpliktet til å bruke en intervensjon, hadde, i følge studien til Hasson et al. (2012) høyest grad av implementeringstroskap.

Erfaring kan være relatert til implementeringstroskap på ulike måter. En studie viste at dersom en bruker hadde erfaring fra en lignende intervensjon, kunne dette påvirke nivået av implementeringstroskap til en ny intervensjon i positiv retning (Hasson et al., 2012). Lite erfaring kunne derimot påvirke troskapsnivået negativt ved at brukeren hadde problemer med å løse utfordringer knyttet til intervensjonen (Allen et al., 2012). Samtidig kunne det å ha erfaring også være negativt. Noen erfarne terapeuter har opparbeidet seg bestemte måter å jobbe på, og kan derfor være lite åpne for nye intervensjoner (Pereplechikova & Kazdin, 2005). Hvis de som brukte en intervensjon følte at de hadde mye kunnskap om det aktuelle temaet, kunne dette føre til at de endret intervensjonen i større grad (Allen et al., 2012).

Kjennetegn ved intervensjonen som kan fremme og hemme bruken

I flere studier har man undersøkt om det var kjennetegn ved selve intervensjonen som kunne påvirke om den ble brukt slik det var meningen. Et viktig kjennetegn ved en intervensjon, som kan ha betydning for hvorvidt den blir brukt, er hvor kompleks den er. En kompleks intervensjon består av mange ulike deler og oppgaver, og slike intervensjoner kunne bli oppfattet som vanskelige å bruke, noe som igjen kunne hemme bruken (Carroll et al., 2007; Damschroder et al., 2009; Pereplechikova & Kazdin, 2005). Tidkrevende og ressurskrevende intervensjoner hadde i følge Pereplechikova og Kazdin (2005) også mindre sannsynlighet for å bli brukt. Tid har ofte blitt regnet for å være en stor barriere for implementering, og hvis man har lite tid, kan andre oppgaver bli prioritert (Dusenbury et al., 2003; Sørli et al., 2010).

En annen faktor som var relatert til graden av implementeringstroskap var hvor fleksibel en intervensjon var. Intervensjoner som kunne brukes fleksibelt av brukerne, hadde større sannsynlighet for å bli brukt slik det var meningen (Allen et al., 2012; Damschroder et al., 2009). Slike fleksible intervensjoner ga brukeren større muligheter for å tilpasse opplegget til egen situasjon, noe som kunne fremme bruken (Durlak & DuPre, 2008). I tillegg var det, i følge flere studier, viktig at intervensjonen passet til den settingen den skulle bli anvendt i, dersom nivået av implementeringstroskap skulle være høyt (Dane & Schneider, 1998; Durlak & DuPre, 2008). Disse funnene kan tyde på at det både er viktig at en intervensjon er tilpasset konteksten eller at det er mulig å tilpasse den til målgruppen.

Kjennetegn ved pasienten som kan fremme og hemme bruken

Hvilke kjennetegn ved den som mottar eller deltar i en intervensjon som kan påvirke om intervensjonen blir brukt, har blitt undersøkt i en rekke studier. Hvordan pasienter opplever en intervensjon har vist seg å ha betydning for nivået av implementeringstroskap (Pereplechikova & Kazdin, 2005). En intervensjon som ble opplevd som lite relevant, kunne føre til at deltagerne ble uengasjerte. Deltagere som var lite engasjerte kunne være en grunn til at en intervensjon ikke oppnådde det ønskede utfallet og at implementeringstroskapen ble lav (Carroll et al., 2007). Motsatt kunne det fremme bruken av en intervensjon hvis deltagerne var engasjerte og involverte i aktivitetene og innholdet i programmet (Mihalic, 2002). Dersom en pasient hadde alvorlige problemer, kunne dette i følge denne studien være med å hemme bruken. Dette var i følge Pereplechikova og Kazdin (2005) fordi psykologene da hadde andre ting de måtte ta tak i og det ble vanskelig å bruke intervensjonen som planlagt. I tillegg kunne det hemme psykologenes bruk av en intervensjon dersom en pasient var fiendtlig innstilt eller sinna (Pereplechikova & Kazdin, 2005).

En studie av terapeuters adherence til bruk av en behandlingsmanual i rusbehandling viste at graden av adherence varierte en del fra terapeut til terapeut, og enda mer mellom ulike pasienter (Imel, Baer, Martino, Ball, & Carroll, 2011). Med andre ord varierte det fra pasient til pasient hvor høy terapeutens adherence var (Imel et al., 2011). Dette kunne tyde på at det var kjennetegn ved pasientene som påvirket terapeuters nivå av adherence. Studien viste for eksempel at terapeutene hadde høyere grad av adherence hvis pasienten hadde lav motivasjon ved starten av behandlingen (Imel et al., 2011).

Studiene som har blitt presentert har vist at en rekke kjennetegn ved den som mottar en intervensjon kunne påvirke hvordan intervensjonen ble brukt. Som i andre sammenhenger påvirker mennesker hverandre, og Imel et al. (2011) trakk frem at det var et komplekst samspill mellom pasienten og terapeuten, hvor partene påvirket hverandre gjensidig.

Kjennetegn ved organisasjonen som kan fremme og hemme bruken

En rekke studier har undersøkt om det er kjennetegn ved organisasjonen hvor en intervensjon brukes som kan påvirke bruken. Intervensjoner blir ikke brukt i et vakuum, og hendelser innenfor en organisasjon kan påvirke implementeringen av en intervensjon i stor grad (Hasson et al., 2012). Weiner (2009) undersøkte hvor klare organisasjoner var for endring, og mente implementering var en kollektiv oppgave. Hvis ikke alle personene som skulle implementere et program følte seg forpliktet til å gjøre det, kunne dette hemme bruken

(Weiner, 2009). Det var derfor, i følge denne studien, viktig at det var enighet og en felles forpliktelse om at man skulle bruke et program eller en intervensjon. Hvorvidt kollegaer brukte en intervensjon kunne også påvirke om intervensjonen ble brukt (Fleuren, Wiefferink, & Paulussen, 2004). Denne formen for opplevd sosialt press, enten fra kollegaer eller andre, ble også trukket frem av Damschroder et al. (2009) som viktig for implementeringen.

I flere studier har man pekt på viktigheten av opplæring og veiledning for å kunne oppnå høy grad av adherence til en intervensjon (Dane & Schneider, 1998; Sørli et al., 2010). I en litteraturgjennomgang fant blant annet Dane og Schneider (1998) at de brukerne som fikk passende opplæring og veiledning, var mer positive til intervensjonen. Dette kunne igjen føre til høyere grad av adherence og at brukerne anvendte intervensjonen mer. God opplæring innebærer i følge Durlak og DuPre (2008) aktiv deltagelse, for eksempel i form av rollespill eller tilbakemeldinger på egen innsats. Til slutt har studier også vist at rutinene innad i en organisasjon, samt kommunikasjon og hvorvidt man har nok ressurser tilgjengelig, kunne påvirke hvorvidt en intervensjon ble brukt (Damschroder et al., 2009; Hasson et al., 2012).

Forholdet mellom de ulike kjennetegnene som kan fremme og hemme bruken

I de fleste implementeringsstudier, som de studiene som er presentert tidligere i kapitlet, er det bare én eller noen få variabler som har blitt undersøkt (Durlak & DuPre, 2008). Av den grunn vet man lite om forholdet og samspillet mellom ulike faktorer. Carroll et al. (2007) tok utgangspunkt i relevant forskning og foreslo noen mulige forhold mellom faktorer som kunne påvirke graden av adherence. Et eksempel på slike forhold var at opplæringen man får i å bruke en intervensjon kunne påvirke kvaliteten på bruken av intervensjonen, som igjen kunne påvirke graden av implementeringstroskap. Samtidig kunne dette forholdet avhenge av hvor kompleks intervensjonen var, fordi det kunne ha noe å si for mye opplæring det var behov for. I følge Carroll et al. var det kompliserte forhold mellom de ulike faktorer som kunne påvirke bruken av en intervensjon, og faktorene kunne påvirke hverandre i både positiv og negativ retning. Temaet er lite utforsket og det mangler klare retningslinjer for hvordan disse forholdene kan undersøkes på best mulig måte (Hasson et al., 2012).

Implementering av tilbakemeldingssystemet Outcome Questionnaire-45

Innenfor psykologien er det forsket mye på hva som er effektiv terapi og behandling og hva som skal til for at pasienter får best mulig resultater av behandlingen (Lambert, Harmon, Slade, Whipple, & Hawkins, 2005). Bruk av tilbakemeldingssystemer, hvor psykologer får mulighet til å følge med på pasienters utvikling i terapien, er et eksempel på intervensjoner som er blitt mye utprøvd de siste årene (Lambert & Shimokawa, 2011). I denne oppgaven er det fokus på en bestemt type tilbakemeldingssystem, kalt Outcome Questionnaire-45 (OQ-45).

OQ-45 er et mye brukt elektronisk tilbakemeldingssystem hvor pasienter regelmessig fyller ut et spørreskjema, og hvor både pasienten og psykologen etterpå får tilbakemeldinger på hvordan det går med pasienten ut fra skårene (Lambert et al., 2005). Selve spørreskjemaet består av 45 spørsmål om ulike symptomer på psykologiske forstyrrelser, forholdet til seg selv og andre, og grad av fungering i dagliglivet (se vedlegg 1). Dersom en pasient får høye skårer på OQ-45, tyder dette på at pasienten har høyt lidelsestrykk (Lambert & Shimokawa, 2011). Lave skårer tyder derimot på normal fungering. OQ-45 er ment som et hjelpemiddel når psykologer skal ta kliniske avgjørelser. Særlig skal OQ-45 hjelpe psykologene å oppdage pasienter som står i fare for forverring av sin tilstand eller for å falle ut av behandling, slik at man kan sette inn tiltak for å forhindre dette (Lambert et al., 2005). I tidligere studier har bruk av OQ-45 ført til redusert frafall, tilbakefall og behandlingstid (Lambert et al., 2005; Whipple et al., 2003).

Selv med en mye utprøvd intervensjon som OQ-45, er det fortsatt viktig at implementeringen er god. Forskning på barrierer for implementering av OQ-45 har vist at en del psykologer ikke opplevde de hadde behov for OQ-45, eller det å få tilbakemeldinger på hvordan progresjonen til pasientene deres var (De Jong, 2012; Lambert et al., 2005). Dette var blant annet fordi psykologene følte at de var kompetente nok til å ta kliniske avgjørelser selv. Andre barrierer for bruk av OQ-45 har vært mangel på tid og det å generelt ha mange arbeidsoppgaver (Lambert et al., 2005). Barrierer som dette kan føre til at OQ-45 ikke ble brukt slik det var meningen, noe som kan gjøre det mindre effektivt.

En studie undersøkte hvorvidt måten psykologer brukte tilbakemeldingene fra OQ-45 på, påvirket effektiviteten til OQ-45 (De Jong, 2012). Studien viste at i de tilfellene hvor psykologer brukte OQ-45 i liten grad, var OQ-45 mindre effektivt enn når det ble brukt slik det skulle bli brukt (De Jong, 2012). Denne studien viser viktigheten av å undersøke implementeringen av en intervensjon og psykologenes adherence. Dersom implementeringen

ikke hadde blitt målt, kunne man ha konkludert med at OQ-45 ikke fungerte, selv om problemet i realiteten var at det ikke ble brukt.

Beskrivelse av prosjektet og forskningsspørsmål

Prosjektet mitt er et selvstendig delprosjekt tilknyttet doktorgradsprosjektet til Hanne H. Brorson (Brorson, 2011). Doktorgradsprosjektet er igjen en del av forskningsprosjektet The Youth Addiction Treatment Evaluation Project (YATEP). YATEP har som mål å forbedre behandlingen de unge rusavhengige får ved Avdeling avhengighetsbehandling unge (AUA) ved Oslo Universitetssykehus. Som en del av prosjektet ble OQ-45 innført 1. januar 2011 ved to seksjoner på AUA: døgnbehandling samt utredning og intermedier. I doktorgradsprosjektet undersøkes det om bruken av OQ-45 kan påvirke nivået av frafall i rusbehandling, det vil si hvor mange pasienter som ikke fullfører behandlingen. Pasientene ved AUA blir tilfeldig inndelt i én av tre grupper: "OQ-45 med rapport" (pasienten fyller ut OQ-45 og skal få tilbakemeldinger fra psykologen om skårene), "OQ-45 uten rapport" (pasientene fyller ut OQ-45, men får ikke tilbakemelding fra psykologen) og "ingen OQ-45" (pasientene fyller ikke ut OQ-45).

Tidligere forskning har vist en klar sammenheng mellom fullført behandling og positive behandlingsutfall (Dalsbø et al., 2010; Simpson, 1979). Av den grunn er det bekymringsfullt at en rekke studier har vist at bare 20 – 40 % av pasientene fullførte rusbehandlingen som planlagt (Ravndal, Vaglum, & Lauritzen, 2005). OQ-systemet har som mål å identifisere pasienter som står i fare for å falle ut av behandling, slik at tiltak kan settes inn for å minske frafallet (Lambert et al., 2005). OQ-45 er tidligere brukt i behandling av andre pasientpopulasjoner, for eksempel personer med personlighetsproblematikk, depresjon og angst. Doktorgradsprosjektet tilknyttet YATEP er den første studien som undersøker effekten av å bruke OQ-45 i rusbehandling.

Psykologene ved AUA er pålagt å bruke OQ-45, men det er usikkert i hvilken grad de faktisk bruker det. I denne studien ønsket jeg derfor å undersøke hvordan og hvor mye psykologene på AUA brukte OQ-45. Dersom man skal kunne avgjøre om OQ-45 har en effekt på frafall i rusbehandling, er det viktig å vite om OQ-45 blir brukt, og om det blir brukt slik det er meningen. Hvis ikke er det vanskelig å si om en eventuell svak eller fraværende effekt skyldes at OQ-45 ikke fungerte eller at det ikke ble brukt. I tillegg ønsket jeg å undersøke hva som kunne påvirke psykologenes bruk av OQ-45. Dette er viktig å undersøke for å finne ut hva som fungerer og hva som ikke fungerer med implementeringen, og

eventuelt hva som kan endres på. Jeg har formulert to forskningsspørsmål som studien skal forsøke å besvare, og hovedfokuset i oppgaven vil være på det andre spørsmålet.

- 1) I hvilken grad bruker psykologene ved AUA OQ-45 i henhold til avtalt bruk?
- 2) Hva fremmer og hemmer psykologenes bruk av OQ-45 på AUA?

Metode

Valg av metode

Valget av metode for studien var for det første knyttet til antall mulige deltagere. Det var seks psykologer som var aktuelle å intervju, og det lave antallet potensielle deltagere var en viktig grunn til at jeg valgte å bruke en kvalitativ metode. Kvalitative metoder er hensiktsmessige når man ønsker å utforske et tema i dybden, med få deltagere (Thagaard, 2003). Den mest anvendte kvalitative metoden er semi-strukturert intervju (Taylor, 2005). Et intervju er tidkrevende å utføre, transkribere og analysere, men siden det var få aktuelle deltagere, vurderte jeg arbeidsmengden som overkommelig. Ut fra forskningsspørsmålene var det viktig å velge en metode som passet til å undersøke personers erfaringer og tolkninger av erfaringer, og som ga muligheten til å diskutere disse med deltageren. Semi-strukturert intervju er regnet som en god metode hvis man ønsker dette (Taylor, 2005).

Intervju er lite anvendt i tidligere forskning på implementeringstroskap og adherence. Observasjon har vært den mest brukte metoden i adherence-studier (Schoenwald & Garland, 2013), men det er flere grunner til at intervju ble vurdert som en bedre metode enn observasjon i denne studien. For det første har observasjoner først og fremst blitt anvendt til å studere psykologers adherence til bruk av behandlingsmanualer. Da har psykologen ofte en liste med ting som skal gjennomføres i hver terapitime, og siden disse aktivitetene forekommer ofte, kan de lett observeres. Bruken av OQ-45 er derimot lagt opp til å være fleksibel. Det har i stor grad vært opp til psykologene hvor mye de bruker OQ-45. Av den grunn ville det vært vanskelig å vite på hvilket tidspunkt man skulle observert for å fange opp bruken. Dessuten kunne denne observasjonen ha påvirket psykologenes atferd i stor grad (Thagaard, 2003). En annen grunn til at semi-strukturert intervju ble valgt som metode, var at fokuset i oppgaven ikke bare var på grad av implementeringstroskap og adherence, men også på hva psykologene mente kunne fremme og hemme bruken. Dette hadde vært vanskelig å observere, og intervju egnet seg dermed bedre som metode.

Epistemologi og refleksivitet

I forbindelse med valg av metode har jeg reflektert over egen rolle som forsker og hvordan jeg oppfatter verden og hva kunnskap er (Kvale & Brinkmann, 2009; McLeod, 2011). Min oppfatning er at jeg gjennom studien får tilgang til en versjon av virkeligheten, og at denne versjonen ikke nødvendigvis er den eneste sanne versjonen. Det deltagerne i studien sier vil være preget av hvordan de oppfatter og husker hendelser og erfaringer, og kan være

påvirket av hvordan de ønsker å fremstå (Taylor, 2005). Deltagerne kan dessuten bli påvirket av meg og hvordan jeg oppfører meg under intervjuet, på samme måte som de kan påvirke meg (Thagaard, 2003). Denne studien bygger dermed på en antagelse om at dataene og hele forskningsprosessen er et resultat av en rekke påvirkningsfaktorer, og at den er farget av konteksten og av hvem forskeren er (Malterud, 2011).

Valgene jeg tar i forskningssammenheng er påvirket av hvem jeg er og mine oppfatninger og forventninger (Elliot, Fischer, & Rennie, 1999). Derfor har jeg forsøkt å være selvkritisk og tenke nøye over valgene jeg har tatt. Jeg hadde på forhånd ikke noen spesiell tilknytning til temaet i oppgaven, og det var ikke et tema jeg visste så mye om. Selv om jeg ikke var personlig involvert i temaet, kan jeg har blitt påvirket av at prosjektet hadde tilknytning til et større forskningsprosjekt som omhandlet innføringen av OQ-45. Jeg kan ha blitt oppfattet av deltagerne som å være en pådriver for OQ-45. Fra min side var målet med intervjuene å finne ut hvordan OQ-45 ble brukt og hva som kunne fremme og hemme bruken. Jeg ønsket ikke primært å drive aksjonsforskning eller strebe etter å skape en endring i psykologens atferd. Samtidig kan det tenkes at psykologene for eksempel ble mer bevisste på hva som hindret dem i å bruke OQ-45 i etterkant av intervjuene. Dette kunne potensielt føre til at de brukte OQ-45 mer aktivt.

Min faglige bakgrunn som masterstudent i psykologi har påvirket hvordan jeg har undersøkt temaet. Jeg valgte for eksempel å ha et implementeringsperspektiv på temaet og laget en intervjuguide på bakgrunn av tidligere forskning. Mine tanker og idéer i forkant av intervjuet kan på den måten ha påvirket spørsmålene jeg stilte og svarene jeg fikk. En person med annen faglig bakgrunn ville trolig ha fokusert annerledes og fått andre resultater enn det jeg gjorde.

Utforming av intervjuguide og pilotintervju

I forkant av de semi-strukturerte intervjuene utviklet jeg en intervjuguide (se vedlegg 2). Denne guiden ble brukt som utgangspunkt for intervjuene, men jeg var også åpen for andre spørsmål og temaer underveis i samtalene. Spørsmålene i intervjuguiden var delvis basert på forskningsspørsmålene og forskning på implementeringstroskap og OQ-45. Spørsmålene var åpne og la opp til at deltagerne kunne prate fritt rundt temaet. Jeg la inn flere spørsmål som kunne få psykologene til å fortelle konkrete historier, siden dette i følge Malterud (2011) er viktig for å få gode kvalitative data.

Intervjuguiden bestod av fem deler, inndelt etter tema. Første del av intervjuguiden var en innledning med informasjon om hensikten med intervjuet, etiske betraktninger og informasjon om lydopptak. Den andre delen av intervjuguiden inneholdt spørsmål om opplevelser, erfaringer og holdninger til bruk av OQ-45 i rusbehandling. Dette ble vurdert som gode åpningsspørsmål, siden de la opp til mye fri prat om temaene. Slike generelle introduksjonsspørsmål er bra å ha med i et intervju fordi de kan gi et inntrykk av hva deltageren mener er viktig (Kvale & Brinkmann, 2009). Den neste delen av intervjuguiden bestod av spørsmål om hvordan og hvor ofte psykologene brukte OQ-45. Dette var muligens de mest sensitive spørsmålene, siden de omhandlet i hvilken grad psykologene gjorde det som var avtalt. Det er nettopp anbefalt at man stiller slike spørsmål mot midten av intervjuet, når deltageren er blitt litt kjent og vant til intervjusituasjonen (Taylor, 2005). Spørsmålene i den fjerde delen omhandlet grunner til at psykologene brukte eller ikke brukte OQ-45 og hva som i så fall påvirket dette valget. Til slutt i intervjuet var det tre spørsmål om bakgrunnsinformasjon knyttet til jobberfaring.

Jeg gjennomførte et pilotintervju med en ansatt (ikke psykolog) på AUA noen uker før de andre intervjuene. Her fikk jeg testet ut intervjuguiden og jeg fikk også tilbakemeldinger på innholdet i spørsmålene og hva som burde fokuseres på. Med bakgrunn i dette endret jeg noe på intervjuguiden. Jeg la blant annet mer vekt på hvordan psykologene opplevde relevansen av å bruke OQ-45 i behandlingen.

Utvalgsmetode og rekruttering

Det var totalt seks psykologer som jobbet ved de to enhetene på AUA hvor OQ-45 ble brukt og alle ble forespurt om å delta i studien. Hva som er det ideelle antallet deltagere er et vanskelig tema. I følge Malterud (2011) er ikke antall informanter det viktigste, men at informantene har kunnskap om temaet man undersøker og dermed kan bidra til studien. Det var kun seks psykologer ved AUA som brukte OQ-45. Andre ansatte, som for eksempel miljøterapeuter eller administrativt ansatte, brukte også OQ-45, men da mest når de hjalp pasientene med utfylling av skjemaet og andre mer administrative aspekter av bruken. De ble ikke forespurt om å delta i studien, siden fokuset kun var på bruk av OQ-45 i behandlingen.

Enhetslederne ved de to enhetene ble kontaktet og informert om studien. Deretter ble psykologene kontaktet via e-post og informert om studien. Noen av intervjuene ble avtalt per telefon, mens andre ble avtalt via e-post. Det var totalt fire av de seks psykologene som ønsket å delta i studien.

Datainnsamling og deltagere

Intervjuene ble gjennomført høsten 2012 og på nyåret 2013. Jeg var fleksibel på tidspunktet for intervjuene for at det skulle passe for flest mulig av psykologene. Intervjuene varte mellom 45 og 60 minutter og foregikk på kontorene til psykologene på AUA. Det var kun intervjuer og deltager til stede under intervjuene. Det er alltid en fare for forstyrrelser under intervjuer, og det kan derfor være en ulempe å intervjuer noen på arbeidsplassen deres. Under et av intervjuene banket noen på døren og det ble et kort opphold i intervjuet. Dette forstyrret intervjuet litt, men jeg opplevde at intervjuet fortsatte som normalt etter denne hendelsen.

Det var fire deltagere i studien. Alle deltagerne var utdannet kliniske psykologer og jobbet ved AUA. Deltagerne hadde i gjennomsnitt jobbet 3 år ved denne avdelingen. Alle deltagerne hadde brukt OQ-45 siden det ble innført i 2011, men hadde ulik mengde erfaring. Det var tilfeldig hvilke pasienter hver psykolog behandlet, og noen av psykologene hadde hatt få pasienter som var i gruppen OQ-45 med rapport. En av deltagerne hadde brukt OQ-45 lite, og hadde ikke like mye å fortelle om OQ-bruken som de andre.

Transkribering

Intervjuene ble tatt opp på lydopptager og ble transkribert kort tid etter intervjuet. Jeg transkriberte intervjuene selv, noe som er en fordel fordi det minsker sannsynligheten for å misforstå hva som blir sagt (Malterud, 2011). Transkribering innebærer, i følge Malterud (2011), alltid en form for filtrering, og man tar valg om hva som blir tatt med og ikke. Jeg valgte å transkribere intervjuene ordrett, men jeg har i etterkant valgt å redigere de utdragene fra intervjuene som blir brukt i denne oppgaven i noen grad. Dette omtales som "slightly modified verbatim mode", hvor man redigerer teksten for å unngå "å latterliggjøre deltagerens uttrykk" (Malterud, 2011, s. 77). Å få fram meningen i det som ble sagt var det viktigste for meg, og det innebærer et element av fortolkning og redigering. Ordrett transkribering av en muntlig samtale er ikke nødvendigvis den beste og mest hensiktsmessige måten å gjengi samtalen på siden den ofte er noe usammenhengende (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg valgte for eksempel å fjerne visse gjentakelser i teksten, samt småord og lyder som "ehhh" og "mmm".

Analyse

Som analytisk metode valgte jeg å ta utgangspunkt i Braun og Clarkes (2006) beskrivelse av tematisk analyse. Målet med analysen var å identifisere og analysere temaer eller mønstre i datamaterialet. Jeg ønsket samtidig å besvare forskningsspørsmålene, og valgte derfor å bruke en form for teoridreven tematisk analyse. Analysen tok da utgangspunkt i forskningsspørsmålene, og dermed også min teoretiske forforståelse. Alternativet hadde vært en induktiv tilnærming, hvor analysen verken var drevet av tidligere forskning eller forutinntatte ideer, men derimot kun av innholdet i intervjuene (Braun & Clarke, 2006).

Det første jeg gjorde i analysen var å få god kjennskap til datamaterialet. Gjennom å intervjuer deltagerne og transkribere intervjuene hadde jeg allerede fått god oversikt over dataene. Rett etter hvert av intervjuene skrev jeg dessuten ned tanker rundt selve intervjuet, både med tanke på det som hadde blitt sagt og hvordan den generelle stemningen var. Underveis og etter transkriberingen av intervjuene skrev jeg også ned tanker rundt svarene og idéer om koding og temaer.

Videre kodet jeg datamaterialet, med mål om å finne sammenhenger og mønstre i teksten. For å få en mest mulig bred koding, brukte jeg mange koder og tillot å kode samme element flere ganger. Videre forsøkte jeg å kode større tekstutdrag, og ikke bare enkeltsetninger, for å få med mer av konteksten rundt et utsagn (Braun & Clarke, 2006). Selve kodingen foregikk slik at jeg gikk nøye gjennom setning for setning i hvert av intervjuene, og så etter ting som var interessante for hvert av forskningsspørsmålene. Jeg skrev kommentarer i marginen med mulige koder, som for eksempel ”nyttig å bruke” og ”tidkrevende”. Etter kodingen forsøkte jeg å finne fellestrekk i kodene, og samlet de tekstutdragene som var relevante for hver kode i hvert sitt dokument.

Videre i analysen forsøkte jeg å finne temaer. Temaer er ofte mer generelle enn koder, og skal fange noe sentralt i datamaterialet (Braun & Clarke, 2006). Siden jeg gjennom hele analysen tok utgangspunkt i forskningsspørsmålene, forsøkte jeg her å finne temaer innenfor hvert av disse. Basert på forskningsspørsmålene var det naturlig å dele materialet inn i tre deler: én del omhandlet i hvilken grad psykologene brukte OQ-45, en annen del hva som fremmer bruken og en tredje del hva som hemmer bruken. Da jeg jobbet med analysen, kom jeg frem til at det ikke var hensiktsmessig å definere temaer under delen som omhandlet i hvilken grad psykologene brukte OQ-45. Dette forskningsspørsmålet er på mange måter svært konkret, og jeg opplevde at det var vanskelig å definere temaer. Jeg forsøkte derfor

heller å bruke denne delen av datamaterialet til å anslå deltagernes grad av implementeringstroskap, uten å ta hensyn til temaer.

Analyseprosessen var ikke lineær, og i løpet av prosessen gikk jeg stadig tilbake til datasettet og kodene. Dette ble gjort for å forsikre meg om at temaene representerte datamaterialet på en god måte, og at viktige deler ikke ble utelatt. I tillegg var metodeveilederen involvert i analysene av datamaterialet, noe som var nyttig for å få et annet blikk på datamaterialet. Dette var også med på å øke troverdigheten til analysen, siden det var to personer som vurderte hvorvidt temaene var passende.

Etikk

En rekke etiske problemstillinger ble vurdert i denne studien, knyttet til alt fra selve intervjusituasjonen til analysen og rapporteringen av funnene (Kvale & Brinkmann, 2009). For å sørge for informert samtykke ble deltagerne først informert per e-post og deretter muntlig i forkant av intervjuet om hva intervjuet handlet om og hva som var hensikten med studien. Psykologene ga muntlig samtykke til å delta i studien. Det ble også laget et samtykkeskjema for opptak av lyd under intervjuet (se vedlegg 3), som ble underskrevet før intervjuet startet.

Hvilke konsekvenser intervjuet kunne ha for deltagerne (Kvale & Brinkmann, 2009), ble også vurdert i denne studien. Potensielle fordeler for deltagerne var at de fikk muligheten til å dele sine erfaringer og opplevelser, noe som eventuelt kunne brukes til å forbedre bruken av OQ-45 og bidra til å kvalitetssikre resultatene i doktorgradsprosjektet. Et mulig negativt aspekt ved intervjuet var at temaet kunne oppfattes som vanskelig å snakke om for deltagerne, siden intervjuet delvis handlet om hvorvidt de brukte OQ-45 eller ikke. Dette kunne oppfattes som at jeg skulle kontrollere om de gjorde jobben sin. Av den grunn ble det vektlagt i e-posten at jeg ønsket å få kunnskap om deres erfaringer og opplevelser. Jeg understreket at hensikten ikke var å avsløre hvorvidt de utførte jobben sin som de skulle, men heller å finne ut hva de hadde erfart og opplevd når de brukte OQ-45. En annen mulig ulempe var at intervjuet tok tid for psykologene. For å minske denne ulempen, ble intervjuene, etter avtale med enhetslederne, gjennomført i psykologenes arbeidstid. Det var dermed ikke nødvendig for deltagerne å bruke tid utenom jobb til intervjuet. I tillegg foregikk intervjuene på psykologens kontor, noe som igjen gjorde det mindre tidkrevende og tungvint for psykologen å delta.

Anonymitet og konfidensialitet er en spesiell utfordring når man har et lite utvalg og arbeidsplassen er identifisert (Thagaard, 2003). Det ble derfor lagt stor vekt på å holde psykologene anonyme, blant annet gjennom å ikke bruke sitater eller informasjon fra intervjuene som kunne identifisere enkeltpersoner. Av hensyn til anonymitet blir ikke deltagerne beskrevet i særlig detalj i oppgaven. Deltagerne blir omtalt som psykologer, og blir hovedsakelig referert til som gruppe.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og ble godkjent 20. juni 2012 (se vedlegg 4). Personvernombudet ved Oslo Universitetssykehus vurderte at det ikke var nødvendig å søke Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) om godkjenning. Doktorgradsprosjektet, som mitt prosjekt hadde tilknytning til, var allerede godkjent av REK og studien gikk under denne godkjenningen.

Resultater

Jeg vil først presentere funnene knyttet til i hvilken grad deltagerne brukte OQ-45 og hvilke deler av OQ-45 de brukte. Videre vil jeg presentere fire temaer som omhandler hva som fremmer bruken av OQ-45 og fire temaer som omhandler hva som hemmer bruken av OQ-45. Innholdet i de ulike temaene vil bli beskrevet og utdrag fra intervjuene som illustrerer temaene vil bli presentert. I utdragene fra intervjuene brukes forkortelsene I for intervjuer og D for deltager. Hvis deler av et sitat er utelatt fordi det ikke er relevant for temaet, brukes (..) for å markere dette. Jeg har valgt å angi i teksten hvor mange deltagere som har snakket om hvert tema eller hver del innenfor temaene. Dette har jeg gjort for å si noe om representativiteten til hvert tema innenfor utvalget.

I hvilken grad bruker psykologene ved AUA OQ-45 i henhold til avtalt bruk?

Det første forskningsspørsmålet handlet om i hvilken grad deltagerne i studien brukte OQ-45 på AUA, altså deres grad av adherence. Å bruke OQ-45 består av ulike arbeidsoppgaver, hvorav noen oppgaver er obligatoriske, mens andre er valgfrie. Psykologene kunne med andre ord delvis bestemme selv hvor mye de ville bruke OQ-45, og det var ikke klarer regler for hvor mye de skulle bruke det. Først vil jeg presentere funnene om den obligatoriske bruken og deretter om den videre bruken av OQ-45.

Den obligatoriske bruken. Psykologene har to obligatoriske oppgaver knyttet til OQ-45: 1) sjekke pasientenes OQ-rapporter på datamaskinen og 2) forklare den første OQ-rapporten for pasientene. Den første av de to oppgavene, å logge inn på datasystemet og sjekke OQ-rapportene, skal gjøres hver uke, siden pasientene skal fylle ut OQ-skjemaet en gang hver uke. Dette gjøres både for å sjekke rapportene til de pasientene som har OQ-45 med rapport og for å sjekke om nye pasienter har OQ-45 med rapport. Alle deltagerne fortalte om tilfeller hvor de hadde logget inn og sjekket rapportene. Det hadde blitt etablert en rutine på dette, og det virket som at deltagerne ofte sjekket rapportene. Det hendte likevel at de ikke fikk gjort det de skulle, og en deltager fortalte dette:

Jeg var inne noen ganger for noen uker siden og sjekka på de pasientene jeg hadde da, men jeg har ikke sett på de pasientene jeg har nå. Så de vet jeg ikke om har OQ eller ikke OQ, med eller uten rapport eller? Det aner jeg ikke.

Den andre obligatoriske oppgaven for psykologene var å forklare den første OQ-rapporten for de pasientene som var i kategorien ”OQ-45 med rapport”. Tre av deltagerne fortalte at de hadde forklart den første rapporten ved flere anledninger, mens den siste deltageren hadde ikke hadde gjort dette i det hele tatt. Den sistnevnte deltageren hadde hatt svært få pasienter med OQ-45. En deltager delegerte av og til oppgaven til primærkontakten til pasienten, og forklarte dermed ikke den første rapporten selv. Alle psykologene fortalte om tilfeller hvor de ikke hadde forklart den første rapporten. En deltager omtalte det slik:

I: Hender det at du ikke forklarer den første rapporten?

D: Ja ja ja, det er klart det hender. Det har i hvert fall hendt her [på den nye seksjonen]. Det har hendt masse her. Her tror jeg vel jeg bare har tatt det opp med en pasient. Jeg har hatt fire eller fem.

Denne deltageren fortalte videre at ved flere tilfeller hadde rapporten i stedet blitt gjennomgått andre gangen, fordi det var blitt glemt ved første anledning. Med andre ord ble rapporten gjennomgått med pasienten, bare ikke på det tidspunktet det egentlig var meningen. Det kunne virke som at deltagerne manglet en fast rutine på å forklare den første rapporten for pasientene. Det var kanskje lettere å ha fast rutine på rapportsjekking enn å forklare rapporten for pasientene. Å forklare den første rapporten krevde noe mer forberedelse og tid, mens det å sjekke rapportene ble beskrevet som noe som kunne gjøres relativt raskt.

Deltagerne fortalte altså både om tilfeller hvor de brukte og ikke brukte OQ-45. Mitt inntrykk var at de brukte OQ-45 en del, men at de ikke brukte det i like stor grad som det var tiltenkt. Det er vanskelig å anslå nøyaktig i hvilken grad OQ-45 ble brukt, men jeg anslår at graden av adherence var middels høy med tanke på de to obligatoriske oppgavene.

Annen bruk av OQ-45. Den videre bruken av OQ-45 inkluderte å forklare flere rapporter enn den første og generelt snakke om OQ-skårene med pasientene. Denne bruken var opp til hver enkelt psykolog, og de bestemte selv hvordan og hvor mye de vil bruke OQ-45. Det virket til at denne bruken forekom noe sjeldnere, og alle deltagere beskrev situasjoner hvor OQ-45 ble brukt i liten eller ingen grad. En deltager fortalte at ved kun én anledning hadde rapporter blitt forklart etter den første gangen. En annen deltager hadde brukt det noe mer og svarte følgende på spørsmål om hvor ofte OQ-45 ble brukt:

Altså med den ene pasienten brukte jeg det ganske ofte. Da var vi ganske jevnt innom både OQ og andre tester i YATEP. (..) Men ellers så er det stort sett den første. Nei, så det er ikke ofte altså. Det er kanskje en gang annenhver måned eller noe sånt at jeg

nevner det. Sier noe om at nå har det gått sånn og sånn eller nå ser det sånn ut i forhold til OQ.

Tre deltagere fortalte at de av og til snakket om OQ-45 sammen med kollegaer, for eksempel på behandlings- eller teammøter. En psykolog fortalte at de diskuterte skårene til pasienter i fellesskap, for å få et inntrykk av hvordan pasienten hadde det. Den siste deltageren sa derimot at OQ-45 sjelden ble snakket om blant kollegaer, og at det vanligvis ikke var noe denne deltageren valgte å snakke om på møter.

Det er vanskelig å si noe om grad av adherence når det er lagt opp til fleksibel bruk og det ikke finnes en fasit på hvor mye det skal brukes. Den videre bruken av OQ-45 virket som tidligere nevnt til å være sjeldnere enn den obligatoriske bruken, og det var store forskjeller mellom psykologene med tanke på hvor mye de brukte OQ-45.

Hva fremmer bruken av OQ-45?

Det andre forskningsspørsmålet handlet om hva som fremmer og hemmer bruken av OQ-45, og jeg vil først presentere temaene som omhandler hva som fremmer bruken. Deltagerne fortalte mye i intervjuene om hva som påvirket bruken av OQ-45 i positiv retning, og gjennom analysen kom jeg frem til fire temaer (se tabell 1). De fire temaene er: 1) oppleves som nyttig å bruke, 2) OQ-45 passer til pasienten, 3) bruk av OQ-45 sammen med kollegaer og 4) god organisering.

Tabell 1

Oversikt over temaene om hva som fremmer og hemmer psykologenes bruk av OQ-45

Delforskningsspørsmål	Tema
Hva fremmer bruken av OQ-45?	Oppeves som nyttig å bruke
	OQ-45 passer til pasienten
	Bruk av OQ-45 sammen med kollegaer
	God organisering
Hva hemmer bruken av OQ-45?	Pasientkjennetegn
	Oppeves ikke som nyttig å bruke
	Tidsmangel og nedprioritering
	Organisatoriske og praktiske problemer

Opplevs som nyttig å bruke. Gjennom det deltagerne fortalte, virket det til å være svært viktig at OQ-45 ble opplevd som nyttig å bruke, dersom det skulle bli brukt av psykologene. Jeg fikk inntrykk av at bruken ofte var kjennetegnet av stor grad av fleksibilitet, som vil si at deltagerne bevisst vurderte om de skulle bruke OQ-45, ut fra om det var nyttig eller ikke. Alle deltagerne mente at OQ-45 kunne være nyttig å bruke og flere grunner til dette ble nevnt.

To deltagere fortalte at det som var særlig nyttig med OQ-45 var å kunne følge med på skårene til pasienten, se endring og sette i verk tiltak ved behov. Det å følge med på skårene i stedet for å spørre pasienten om ting, ble også trukket frem som nyttig av en deltager. Denne deltageren nevnte at det var bra å kunne følge med på skårene om selvmordstanker i OQ-45, fordi det kunne oppleves som belastende for pasienten å stadig bli spurt om dette temaet. Noe annet som ble fremhevet som positivt var at deltagerne kunne bruke OQ-rapportene for å finne ut om det var noe viktig de hadde gått glipp av i samtaler med pasientene. OQ-45 ble også opplevd som nyttig å bruke med nye pasienter. En deltager fortalte at gjennom å se på OQ-skårene med en ny pasient kunne man snakke om hvordan det var å være ny og hvordan pasienten hadde det, og dermed bli kjent.

Pasientene skal fylle ut OQ-45 hver uke, og i OQ-rapporten kommer det opp en graf som viser hvordan pasientens skårer har utviklet seg over tid. Tre deltagere syntes at denne grafen var svært nyttig, og grafen ble omtalt som en av de store fordelene med å bruke OQ-45. En deltager mente det var særlig denne grafiske fremstillingen som gjorde OQ-45 mer nyttig å bruke enn andre tester. To psykologer fortalte at det å vise grafen til en pasient ofte var et godt utgangspunkt for videre samtale og diskusjon. En av dem fortalte dette:

Så er det alltid viktig for meg å få frem bedring, spesielt. Og det er veldig greit å gjøre det når man sitter med et sånt bilde, en graf på det de har svart selv. I forhold til at jeg sitter og påpeker ting vi har sett eller når de ikke helt klarer å se det selv. Så der er det veldig, veldig verdt tida si.

Det å vise frem et bilde med en visuell fremstilling av hvordan pasienten hadde det, kunne altså være svært nyttig. Flere av psykologene snakket om at det kunne være vanskelig å vite hvordan man skulle snakke om OQ-45 med pasientene, og at det å bruke grafen som utgangspunkt for samtale kunne være en løsning på denne problemstillingen.

Hva slags skårer pasientene hadde på OQ-45, så ut til å påvirke hvorvidt det var nyttig å snakke om. To av psykologene fortalte at dersom det var endring og utvikling i skårene,

valgte de å snakke med pasientene om det. En deltager opplevde at hvis skårene til en pasient gikk mye opp og ned, var dette en fin ting å snakke med pasienten om. Det var et bra utgangspunkt for samtale fordi man kunne vektlegge at selv om ting går ned nå, så har det blitt bedre igjen tidligere, og det vil det bli igjen. Her ble OQ-45 brukt som utgangspunkt for samtale, og dermed virket det som at deltageren syntes det var mer nyttig.

OQ-45 passer til pasienten. Det andre temaet handler om at hvorvidt OQ-45 ble brukt eller ikke, også så ut til å være avhengig av pasienten og kjennetegn ved pasientene. Det var veldig forskjellig fra pasient til pasient hvorvidt OQ-45 ble brukt eller ikke, og hvor mye det ble brukt. Det var noen pasienter hvor psykologene opplevde at OQ-45 var mer relevant å bruke, og da brukte de det også mer. To psykologer fortalte at noen pasienter var vanskelige å lese og forstå, og da var det nyttig å kunne bruke OQ-skårene. En av deltagerne forklarte det slik:

På den gamle avdelingen jeg jobbet var det sånn, med noen pasienter var det nyttig og ofte gjerne med pasienter som var litt sånn "Veit ikke, samma det" eller "Alt er greit" eller de var vanskelig å få tak i. Så det er et godt instrument i forhold til å si: "Men her svarer du det".

Med de pasientene som ikke åpnet seg så lett, var det nyttig å bruke OQ-45 for å få i gang en samtale og få en dypere forståelse av hvordan pasienten hadde det og hvilke problemer pasienten hadde. Psykologene valgte da å bruke OQ-45 fordi det kunne gi en annen innsikt i hvordan pasienten hadde det, enn det pasienten selv fortalte. Å bruke OQ-45 var i følge en deltager nyttig når *"man ikke ser forventet endring eller ikke får helt greie på hva pasienten strever med eller ting låser seg"*.

En deltager som hadde brukt OQ-45 mye, hadde opplevd at det var mer hensiktsmessig å bruke OQ-45 hos noen pasienter enn andre. Særlig én pasient hadde det vært svært nyttig å bruke OQ-45 med, og det var en noe eldre pasient med mye behandlingserfaring. Denne pasienten var åpen om hvordan han hadde det og svarte i følge psykologen åpent og ærlig på OQ-45. Psykologen mente at OQ-45 da var et godt verktøy for å hjelpe pasienten å se sammenhenger mellom ulike ting som skjedde i livet.

Tre av deltagerne fortalte om pasienter som de hadde lyst til å bruke OQ-45 med, men som ikke var i kategorien "OQ-45 med rapport". En deltager fortalte at *"Jeg har vel til dels vært uheldig med hvilke pasienter som har fått med og hvilke som har fått uten rapport."*

Denne deltageren ønsket at alle pasientene skulle ha OQ-45, og mente at da hadde det blitt brukt mye mer. En annen deltager fortalte følgende:

Den siste [pasienten] jeg hadde nå, hadde heller ikke med rapport. Og det syns jeg faktisk er ganske kjedelig. For at det er veldig, veldig nyttig informasjon i klinisk arbeid. Så jeg blir ganske skuffa hver gang jeg åpner opp og ser at de ikke har rapport.

Dette kan tyde på at deltagerne har et ønske om å bruke OQ-45 i større grad, i alle fall med pasienter det oppleves hensiktsmessig med. Deltagerne hadde tydelige meninger om hvilke pasienter de ville bruke OQ-45 med, noe som viser hvor pasientavhengig bruken kunne være.

Funnene tydet videre på at hva pasientene mente om OQ-bruken kunne være med å fremme bruken av OQ-45. En psykolog fortalte at pasientene av og til tok initiativ selv til å snakke om OQ-45, ofte fordi de lurte på hvordan skårene var eller lignende. Den samme psykologen fortalte at hvordan pasientene reagerte når de snakket om OQ-45, kunne påvirke hvor ivrig man var til å bruke det med pasienten. En annen deltager lot det være opp til pasienten om de skulle snakke om OQ-45 eller ikke. Denne deltageren fortalte følgende:

Det er litt opp til pasienten [om man skal snakke om OQ-45]. ”Jeg kikka på OQ-rapporten din. Er det noe vi skal snakke om eller ikke?” Da legger du det over på de. Så da blir det litt sånn, opp til oss og pasienten.

Ut fra det deltageren fortalte så det ut til å bli et samspill mellom psykologen og pasienten, hvor de i fellesskap bestemte om OQ-45 skulle snakkes om. På den måten ble også pasienten mer involvert i behandlingen.

Bruk av OQ-45 sammen med kollegaer. Det at psykologene brukte eller snakket om OQ-45 sammen med kollegaer så ut til å fremme bruken av OQ-45 og dette er det tredje temaet. To av deltagerne fortalte at det hendte at kollegaer stilte dem spørsmål om OQ-skårene til en pasient, ofte i forbindelse med behandlingsmøter eller lignende. De sjekket da OQ-45 for å kunne gi kollegaen svar, og ble mer bevisst på å bruke det. Dette gjorde at OQ-45 også ble brukt mer aktiv etter dette, og det ble en påminnelse om å bruke det.

Det hendte at psykologene snakket om OQ-45 på møter. En av deltagerne mente at dette var svært nyttig og så mer nytten av bruken når det ble diskutert med andre. I følge deltageren kunne man da snakke med andre om hva ulike skårer kunne bety og komme frem

til noe i fellesskap. En annen deltager fortalte om hvordan OQ-skårene kunne være nyttige å snakke om med kollegaene:

For eksempel med en pasient som fungerer ganske dårlig da. Er det fordi pasienten er lat eller umotivert eller er det faktisk fordi den pasienten strever? Det er lettere å tåle også for personalet hvis man har en forståelse for at det handler om noe annet enn latskap og det å ikke være motivert. Hvis det for eksempel er noen som strever enormt både med angst og depresjon.

Her brukte deltageren OQ-skårene for å kunne gi et annet bilde av hvordan pasienten hadde det til sine kollegaer. Den samme deltageren omtalte OQ-45 som ”effektiv kommunikasjon som ofte man trenger i en hektisk institusjon”. Deltageren forklarte at gjennom å snakke om OQ-skårene til en pasient på teammøter, fikk man raskt og effektivt fortalt hvordan pasienten hadde det.

God organisering. Deltagernes bruk av OQ-45 var tydelig påvirket av ytre omstendigheter, blant annet knyttet til organiseringen på AUA og oppfølgingen de fikk. Funnene tydet at det var flere ting med organiseringen av OQ-45 som var med på å fremme bruken. Et eksempel på dette var at det var blitt etablert rutiner på OQ-bruken. Alle deltagerne fortalte om rutiner, både med tanke på egen bruk og at det var blitt rutiner på seksjonene de jobbet på. Det var for eksempel etablert rutiner på hvem som skulle hjelpe pasienten med utfyllingen av OQ-45, noe som sørget for at pasientene som regel fylte ut OQ-45 når de skulle. Tre av deltagerne fortalte at de hadde fått innarbeidet rutine på å sjekke rapportene, ofte en fast ukedag. Dette var gjerne den ukedagen pasientene hadde fylt ut OQ-45. Det at deltagerne hadde en god rutine på dette, så ut til å fremme bruken deres av OQ-45, i alle fall når det gjaldt å sjekke rapportene.

Psykologene hadde fått opplæring i hvordan de skulle bruke OQ-45, og opplæringen ble omtalt som bra av tre deltagere. De følte de fikk til å bruke OQ-45 og oversikten over skårene på dataprogrammet ble omtalt som ”tydelige og selvforklarende”. En deltager fortalte at det var fint når det ble arrangert seminarer for psykologene hvor man lærte mer om OQ-bruken. Da fikk deltageren en større forståelse for hensikten med å bruke OQ-45. Tre deltagere mente det var god oppfølging og lett å få hjelp hvis det var noe de lurte på angående bruken, for eksempel med tanke på tekniske aspekter. Denne muligheten for å få teknisk støtte ved behov ble opplevd som svært positiv av deltagerne.

Hva hemmer bruken av OQ-45?

Den andre delen av det andre forskningsspørsmålet handler om hva som hemmer psykologenes bruk av OQ-45 på AUA. Funnene viste at var mye som kunne hemme bruken av OQ-45, og føre til at det enten ble brukt mindre eller ikke brukt i det hele tatt. Gjennom analysen kom jeg frem til fire temaer (se tabell 1): 1) pasientkjennetegn, 2) oppleves ikke som nyttig, 3) mangel på tid og nedprioritering, og 4) organisatoriske og praktiske problemer.

Pasientkjennetegn. Funnene tydet som tidligere nevnt på at bruken av OQ-45 var pasientavhengig. Dette første temaet om hva som hemmer bruken av OQ-45, handler om at det var en rekke kjennetegn ved pasientene som deltagerne mente gjorde bruken av OQ-45 mer utfordrende eller vanskeligere. Resultatene antydte at dersom deltagerne opplevde at OQ-bruken var vanskelig eller at pasientene ikke var interessert i å snakke om OQ-45, så ble det heller ikke brukt.

En deltager fortalte om flere pasienter som hadde konsentrasjonsproblemer og lese- og skrivevansker. Disse pasientene hadde problemer med å fylle ut OQ-45, og fikk ikke alltid fylt ut skjemaet når de skulle. En annen deltager fortalte om andre problemer knyttet til utfyllingen:

Jeg har hatt noen pasienter nå i løpet av høsten som har begynt og de har fylt ut og så har det vært mye rus og sånn inne i bildet, eller så har de ikke fylt ut ferdig.

Problemer med å sitte og fylle ut ferdig. Så en måtte vi ta helt ut av OQ.

Det at det var rus inne i bildet betydde da at pasienten var ruset mens han eller hun var i behandling. En deltager beskrev en pasient som hadde lave kognitive evner, hvor psykologen var usikker på hvor mye pasienten forstod av OQ-skjemaet og om svarene pasienten gav var mer eller mindre tilfeldige. Når psykologen forsøkte å snakke om OQ-45, fikk psykologen ”bare tomhet tilbake”. Det at pasienten ikke var interessert, gjorde at psykologen ikke opplevde det som hensiktsmessig å bruke OQ-45 og valgte derfor å ikke snakke mer om det med pasienten. En annen deltager hadde tilsvarende erfaring med manglende respons når OQ-45 ble tatt opp. Pasientens reaksjon på OQ-45 kunne altså være med å hemme bruken. To deltagere fortalte at de hadde inntrykk av at noen av pasientene ikke likte OQ-45 og at de syntes det var kjedelig og bortkastet tid. Dette kunne føre til at psykologene ikke brukte OQ-45.

Et typisk kjennetegn med denne pasientgruppen var i følge to deltagere at pasientene hadde problemer med å uttrykke følelsene sine. Deltagerne fortalte at en del av pasientene i

årevis hadde brukt rus for å undertrykke og glemme alt av problemer og følelser, og at de derfor ikke var vant til å måtte uttrykke seg på denne måten. Dette kunne gjøre både utfyllingen av OQ-45 og det å snakke om OQ-45 i behandlingen vanskelig. En deltager fortalte følgende om sine erfaringer med denne typen pasienter:

Særlig de mannfolka jeg har hatt som bruker steroider, er ganske lukka for det som er følelsesmessig relevant på en måte. Og hvor OQ blir feil. Altså, jeg føler ikke at det treffer de i det hele tatt.

En rekke andre kjennetegn ved pasienter ble også trukket frem av deltagerne. En deltager opplevde det som vanskelig å bruke OQ-45 med en pasient som hadde mange narsissistiske trekk. Denne pasienten var opptatt av å fremstå som både flink og frisk, og var ikke interessert i å snakke om OQ-skårene. Psykologen mente at det da hadde blitt masete for pasienten å snakke om skårene. En annen deltager hadde erfaring med at noen pasienter var skeptiske til tester som OQ-45, og hadde paranoide tanker om hva testene handlet om og hva de skulle brukes til. Dette gjorde også bruken mer vanskelig.

En deltager hadde opplevd at det noen pasienter fortalte i behandling ikke stemte overens med OQ-skårene. Pasientene var åpne i samtaler og fortalte om problemer de hadde, men ut fra OQ-skårene virket det som at de hadde få problemer. Deltageren mente dette kunne skyldes at pasientene syntes det var skummelt å fylle ut OQ-45, fordi det ble så tydelig for pasienten selv hvilke problemer man hadde.

Opplevs ikke som nyttig å bruke. Det virket på deltagerne som at OQ-bruken i en del tilfeller ikke ble opplevd som nyttig, og at dette hemmet bruken. I noen tilfeller var det en del usikkerhet knyttet til bruken, hvor deltagerne var i tvil om hvordan de skulle bruke OQ-45 på en fornuftig måte. En deltager uttrykte usikkerhet omkring hvor nyttig det var å bruke OQ-45 på teammøter:

I: Blir OQ tatt opp på noen møter?

D: Nei. Vi har jo teammøter og det kan jo tas opp der. Men det jeg tenker er at det [OQ-45] er en liten del av helhetsbildet av pasienten og det vi tar opp er jo helhetsbildet av pasienten og hva gjør vi videre. Så går vi ikke inn på alle de delene. Ikke sant, pasienten har fylt ut sånn og sånn i OQ. Pasienten har svart sånn og sånn i samtaler. Men det er mer sånn, hvor er pasienten nå? Så sånn sett er OQ veldig teknisk i forhold til hvordan vi jobber praktisk da.

To deltagere opplevde at enkelte av spørsmålene i OQ-45 ikke var så relevante for pasientgruppen på AUA. Noen spørsmål omhandlet rus, og en deltager mente disse ble litt feil for deres pasientgruppe, som er pasienter i rusbehandling. Deltageren fortalte at: *"Fordi det er noe med måten de er formulert på, så vil jo de fleste av våre pasienter oftere svare ja på de uten at det på en måte er kritiske ledd."* Informasjonen fra disse spørsmålene ble ikke opplevd som nyttig, fordi det nærmest var selvsagt hva pasientene ville svare. En annen deltager mente at en del av spørsmålene i OQ-45 var spørsmål som psykologen stilte pasienten uansett og at det derfor ikke nødvendigvis var så nyttig med OQ-45. Den samme deltageren mente at tilbakemeldingene som psykologene skulle gi pasienten var noe pasienten allerede visste, og var derfor usikker på hvor nyttig det var å bruke tid på dette.

Pasientenes OQ-skårer kunne påvirke om psykologen valgte å snakke om OQ-45, og om det ble opplevd som nyttig å bruke. En deltager fortalte at:

Det handler kanskje litt om den erfaringa jeg har fått med det. De pasientene som svarer veldig friskt, tidligere erfaring tilsier at det ikke har vært så veldig hensiktsmessig å bruke det som en inngangsport å snakke med dem om hvordan de egentlig har det. Så da har jeg kanskje latt det ligge når jeg ser at det er det mønsteret som kommer ut.

Denne tidligere erfaringen førte dermed til at OQ-45 ikke ble brukt hvis lignende svar dukket opp senere. Det ble ikke opplevd som nyttig å snakke om slike OQ-skårer med disse pasientene, og psykologen lot derfor være å bruke det.

Tre deltagere hadde erfaringer med at pasienter skåret annerledes på OQ-45 enn det psykologene forventet. En del pasienter skåret altfor godt, noe som tilsvarte at de ikke trengte behandling. Dette førte til en del usikkerhet omkring bruken og hvorvidt OQ-45 var nyttig å bruke i slike tilfeller og om OQ-45 i det hele tatt fungerte. En deltager hadde opplevd at en pasient brukte OQ-rapporten som bevis på at han fungerte normalt og burde bli skrevet ut. Rapporten hadde sagt at pasienten var utskrivningsklar, noe psykologen ikke mente stemte. En annen deltager fortalte følgende:

Jeg vet at det er noen pasienter som synes det virker teit, fordi de fikk beskjed om at de var utskrivningsklare rett etter at de var skrevet inn. Da mistet de litt tiltroen til hele OQ-systemet. Hva er det for noe? For jeg har jo nettopp kommet og jeg har det jo ikke bra og jeg har rusproblem. Kan du ikke skrive meg ut nå, på en måte?

En deltager hadde opplevd at det stod i OQ-rapporten at en pasient var på feil vei behandlingsmessig. Psykologen mente at denne pasienten egentlig var i ferd med *"å klarne*

til i hodet og begynne å ta realiteten innover seg". Dermed virket det på OQ-skårene at det gikk verre med pasienten, mens det egentlig gikk i retning av at pasienten forstod sin egen situasjon bedre. Den samme deltageren hadde opplevd at OQ-skårene til en pasient ble bedre, men at dette likevel ikke var positivt:

Samtidig har jeg også sett OQ-en gått drastisk nedover, som handler om at folk faktisk har ruset seg i behandling. De begynner å få det bedre fordi de ruser seg. Så tilbakemeldingen er at "Behandlingen ser ut til å være på rett spor".

Deltageren fortalte videre at i slike tilfeller måtte resultatene fra OQ-45 tolkes i sammenheng med hvordan man kjente pasienten generelt. Ikke alle deltagerne så ut til å se nytten av å bruke OQ-45 når skårene var annerledes enn slik de selv så pasienten. En deltager mente for eksempel at når skårene eller konklusjonene i OQ-45 var feil, var dette fordi OQ-45 ikke klarte å fange opp underliggende problemer hos pasientene. Denne deltageren syntes ikke det var nyttig å bruke OQ-45 når informasjonen ikke stemte overens med eget inntrykk av pasienten, og valgte derfor å ikke bruke det i slike tilfeller.

Tidsmangel og nedprioritering. Det tredje temaet gikk igjen i alle intervjuene, og handlet om at tid og da spesielt hvordan mangel på tid kunne hemme bruken av OQ-45. Samtlige av psykologene snakket om at det tok tid å bruke OQ-45 og de ofte opplevde å ikke ha nok tid til å bruke det. To deltagere bemerket at de opplevde at de alltid hadde liten tid, og at dette ikke bare gjaldt med tanke på bruken av OQ-45. Det at det ble opplevd som tidkrevende å bruke, ble omtalt som en av de største ulempene med å bruke OQ-45. Å ha liten tid førte til at psykologene ofte måtte prioritere hva de kunne gjøre og hva de ikke hadde tid til. En deltager beskrev situasjonen slik:

Jeg føler jo alltid at jeg har det travelt, uansett hva jeg gjør. Og hva som prioriteres høyest varierer jo, litt fra pasient til pasient, og litt sånne ting. Men når man tar seg tid, så er det nyttig. Det kunne sikkert vært nyttig når man ikke tar seg tid også, det er vel det jeg burde si. Men ofte så prioriteres det ned da.

Alle deltagerne fortalte om tilfeller hvor OQ-45 ble nedprioritert. Det kunne være fordi det var andre ting som psykologene mente var viktigere å snakke med pasienten om, eller fordi det generelt var mye som skjedde. En deltager snakket om at det fort gjort å glemme å bruke OQ-45 i en travel hverdag:

Det er veldig mange forskjellige ting vi skal huske på, i løpet av en dag. Det er fort gjort å bli revet med hvis det skjer noe med en pasient eller sånne ting. Og så glemmer man de datatingene. Eller jeg gjør i hvert fall det.

Psykologene måtte prioritere hva de skulle bruke tid på, og med noen pasienter var det så mange andre ting å ta tak i, at det å bruke OQ-45 kunne oppleves som unødvendig eller mindre viktig. En deltager fortalte at det av og til var andre ting, som at en pasient hadde suicidale tanker, som måtte snakkes om fremfor å snakke om OQ-45. En annen deltager fortalte at hvis det for eksempel var rus på huset eller det var viktige samtaler som man måtte ha med pasienten, var dette noe som ble prioritert fremfor OQ-45.

Et annet resultat av liten tid var at OQ-bruken ble holdt til det minimale. Tre deltagere fortalte at når de hadde lite tid, ble ofte OQ-rapportene sjekket, men at bruk utover dette ble nedprioritert. En deltager syntes at det tok mye tid å forklare rapportene og ha oppfølgingssamtaler om OQ-45, og fortalte at det var vanskelig å få det inn i tidsplanen. Denne typen bruk ble dermed ofte nedprioritert. En annen deltager fortalte at ofte ble rapportene sjekket, men på grunn av lite tid ble dette gjort raskt og ”uten at man tenker noe særlig aktive tanker rundt det”. Bruken ble dermed noe passiv, hvor deltageren gjorde det som skulle gjøres, uten å tenke så mye over hva som faktisk stod i OQ-rapporten. Det å sjekke OQ-rapportene ble da gjort mest for ordens skyld og på grunn av plikt, og det var ikke noe videre bruk av OQ-45.

Organisatoriske og praktiske problemer. Funnene tydet på at ulike typer praktiske og organisatoriske problemer lett kunne føre til at psykologene ikke brukte OQ-45, og at deres bruk var avhengig av at en rekke praktiske ting fungerte. Da OQ-45 ble innført i 2011 var det en del problemer. En deltager fortalte at det hadde vært mye frem og tilbake i organiseringen, og at de ansatte på seksjonen ikke hadde visst helt hva de skulle gjøre. En annen deltager sa at det hadde vært kaotisk i oppstarten og at OQ-45 ikke hadde blitt brukt så mye da. Begge deltagerne mente at det hadde vært vanskeligere å bruke OQ-45 i begynnelsen, og at det hadde vært en del oppstartsproblemer. Dette hadde bedret seg, og det var blitt lettere å bruke OQ-45. Denne deltageren fortalte følgende om hvordan de ansatte hadde opplevd OQ-45 i begynnelsen:

Det fikk et rykte på seg å være et ork og følge opp. Og dette er noe vi er pålagt ovenfra fordi at det skal forskes på og dette er egentlig ikke noe som vi gjør for

pasientene og ikke egentlig noe vi gjør for ... Så det tok nok litt tid før Hanne [ansvarlig for OQ-prosjektet på AUA] fikk solgt det inn.

Det så altså ut til at det i begynnelsen hadde vært noe negativ stemning angående bruken av OQ-45. En deltager fortalte blant annet: *“Ja, for jeg vet at forskning er viktig og alt det der, men min hverdag har et helt annet fokus.”* Å ta i bruk OQ-45 var ikke nødvendigvis noe de ansatte ønsket eller følte de hadde behov for, og det kom i tillegg til andre arbeidsoppgaver. Det var av den grunn motvilje blant de ansatte. Da intervjuet ble foretatt, fortalte deltageren at stemningen hadde snudd seg og det var en mer positiv innstilling til bruken nå.

Høsten 2012 var det en stor omorganisering på AUA, og to deltagere beskrev hvordan dette hadde ført til en stopp i bruken av OQ-45. Dette var fordi noen pasienter ikke fylte ut OQ-45 i denne perioden og fordi nye ansatte ikke visste hvordan systemet fungerte. Deltagerne fortalte at de var kommet ”ut av rutine” på grunn av omorganiseringen. To deltagere fortalte at de var usikre på om OQ-45 kom til å være like nyttig etter omorganiseringen. De var rett og slett usikre på hvordan det ville bli å bruke det framover, blant annet fordi behandlingstiden var kortere og arbeidsoppgavene deres var noe forandret.

Tre deltagere beskrev problemer knyttet til den praktiske bruken av OQ-45. De hadde erfaringer med at det oppstod problemer både med registrering og utskrivning av pasienter, og de hadde også opplevd ulike feilregistreringer. En deltager fortalte at:

Det var en pasient som hadde OQ med rapport, men som var så mye ut og inn, at det til slutt ble så mye feilregistreringer i systemet at vi fikk ikke til å bruke det lenger. Vi fikk beskjed om å bare slutte. Så det var kjempesynd, for han var også en sånn som jeg så for meg at kunne være veldig nyttig da å bruke det med.

Som dette utsagnet viser så det ut til at det var en del små, men viktige ting som kunne hemme bruken av OQ-45. Det hadde blant annet vært problemer med innloggingen til datasystemet hvor OQ-rapportene lå lagret. Innloggingen krevde en kode som ble sendt til en mobiltelefon. En deltager fortalte at både telefonen og laderen til telefonen hadde blitt borte over lengre perioder, noe som hadde gjort at OQ-45 ikke ble sjekket. I begynnelsen hadde de en felles mobiltelefon på hver seksjon, men etter hvert fikk alle psykologene hver sin telefon. Senere ble det også mulig å få kodene tilsendt til psykologenes private telefon. Dette gjorde bruken lettere, men en deltager syntes at det hadde vært fint å slippe å bruke telefon til innlogging i det hele tatt. Dette ville gjort bruken mer tilgjengelig, og deltageren mente at det ville blitt brukt oftere da.

En ting som hemmet psykologenes OQ-bruk var hvis pasienten ikke fylte ut OQ-skjemaet hver uke eller ikke gjorde det på det avtalte tidspunktet. To psykologer hadde erfaringer med at de måtte mase på at OQ-45 skulle tas og at dette tok tid. Dette skjedde blant annet fordi de ansatte som skulle hjelpe pasientene med utfylling, ikke visste hvordan det skulle gjøres. Hvis OQ-45 ikke var fylt ut når psykologen sjekket, fortalte en psykolog at det gjerne gikk en uke før rapportene ble sjekket igjen. En deltager foreslo at det kunne vært nyttig å fått en digital påminnelse eller beskjed når en av dine pasienter hadde fylt ut OQ-45. På den måten ville psykologen ha sluppet å bruke tid på å sjekke om OQ-45 var fylt ut og heller kun gå inn når det faktisk var nye rapporter der.

Diskusjon

Diskusjonskapitlet er delt inn i fire deler. Først vil jeg diskutere deltagerne grad av adherence og hvilke konsekvenser dette kan ha for effekten til OQ-45. Videre vil jeg ta for meg et funn som var særlig fremtredende, nemlig at deltagerne gjorde tilpasninger av OQ-bruken, og se på dette i lys av tidligere forskning. Deretter vil jeg diskutere noen av faktorene som hemmer bruken av OQ-45, og hvordan det så ut til å være samspill mellom disse. Til slutt vil jeg diskutere metoden som ble brukt, og drøfte noen begrensinger ved studien.

I hvilken grad brukes OQ-45 på AUA og hva kan det ha det å si?

Det første spørsmålet jeg forsøkte å besvare var i hvilken grad deltagerne brukte OQ-45 i rusbehandlingen på AUA, med andre ord deres grad av adherence. Funnene tydet på at deltagerne hadde middels høy grad av adherence. Psykologene brukte OQ-45 i en del tilfeller, men det var også en del tilfeller hvor de ikke brukte det. Ut fra det deltagerne fortalte, virket det som at de hadde best rutine på å sjekke OQ-rapportene og at dette var noe de ofte gjorde. Resten av OQ-bruken, inkludert det å forklare den første OQ-rapporten, så ut til å forekomme noe sjeldnere. Tidligere forskning har vist at det er svært vanlig at intervensjoner ikke blir brukt i like stor grad som det var meningen (Durlak & DuPre, 2008). I følge Durlak og DuPre (2008) er implementeringen av intervensjoner aldri fullstendig, og det er også sjelden at selv det meste blir gjort. Det kan derfor sies å være normalt at psykologene ikke alltid brukte OQ-45 i like stor grad som det var tiltenkt. Men selv om det er vanlig at en intervensjon ikke brukes fullstendig, er det ikke nødvendigvis positivt. Spørsmålet er om det vil gå utover effekten av OQ-45 dersom det ikke brukes akkurat slik det var meningen.

Tidligere forskning har ikke vært entydig på om det er nødvendig med høy grad av adherence for at en intervensjon skal oppnå sitt ønskede utfall (Mihalic, 2002; Pereplechikova & Kazdin, 2005; Webb et al., 2010). Durlak og DuPre (2008) fant i sin litteraturgjennomgang at intervensjoner kunne ha god effekt selv om de ikke ble brukt fullstendig. En studie av OQ-45 viste derimot at dersom OQ-45 ble brukt mindre enn det var meningen, så gikk dette utover effektiviteten (De Jong, 2012). OQ-45 var altså mer effektivt når psykologene hadde høy grad av adherence. Disse motstridende funnene gjør det vanskelig å anslå hvilken påvirkning deltagerne grad av adherence kan ha på effekten til OQ-45. Et annet aspekt som er viktig i denne sammenhengen er hvilke deler av OQ-45 psykologene brukte og ikke brukte.

Dersom en intervensjon skal endres eller tilpasses uten at det skal gå utover effekten, er det viktig hva som i så fall endres på (Sørliet et al., 2010). Sørliet et al. (2010) påpekte at sentrale deler av en intervensjon bør brukes slik det opprinnelig var meningen, mens mindre sentrale deler av en intervensjon heller kan endres på uten at det går utover effekten. Målet med innføringen av OQ-45 på AUA var å redusere frafallet i rusbehandlingen. Med tanke på dette målet opplever jeg at det å sjekke OQ-rapportene er en svært sentralt oppgave. Gjennom å sjekke OQ-rapportene kan psykologen følge med på utviklingen i skårene og tilpasse behandlingen eller sette inn tiltak ved behov. Den videre bruken av OQ-45 forutsetter dessuten at OQ-rapportene sjekkes. Å snakke med pasienten om rapportene er også viktig, men kan kanskje være en noe mindre sentral oppgave. Det så ut til at det å sjekke OQ-rapportene var det deltagerne gjorde mest av, noe som kan være fordelaktig med tanke på utfallet. Hvorvidt det at den videre bruken ikke forekom så ofte vil ha stor betydning, er vanskelig å si noe sikkert om. Ut fra studien til Sørliet et al. kan det tyde på at det er mer rom for tilpasning når det kommer til å snakke om OQ-45 med pasientene enn å sjekke rapportene, siden dette kanskje er en mindre sentral del av intervensjonen.

Tilpasninger av OQ-bruken

OQ-45 ble ikke alltid brukt slik det var meningen, og en grunn til dette var at deltagerne tilpasset OQ-bruken etter hvilken pasient de behandlet og situasjonen de var i. Dette var et svært fremtredende funn i min studie, hvor deltagerne så ut til å ta bevisste og gjennomtenkte valg angående når de skulle bruke OQ-45. Valgene så ut til å være basert på om det ble opplevd som nyttig å bruke OQ-45, og hvorvidt de opplevde at OQ-45 passet til den enkelte pasienten.

Psykologenes bruk av OQ-45 på AUA var lagt opp til å være fleksibel, hvor noen av oppgavene var obligatoriske, mens andre var valgfrie. Tidligere forskning har vist at det er større sannsynlighet for at slike fleksible intervensjoner blir brukt slik de skal, enn mindre fleksible intervensjoner (Allen et al., 2012; Damschroder et al., 2009). Dette er fordi brukeren da har muligheten til å tilpasse intervensjonen til sin aktuelle kontekst (Durlak & DuPre, 2008). Funnene i min studie tydet på at deltagernes fleksible bruk gikk på tvers av de obligatoriske og de valgfrie oppgavene, altså at de uavhengig av dette brukte OQ-45 når det ble opplevd som nyttig. Funn fra tidligere studier har antydnet at en slik fleksibel bruk av en intervensjon kunne være å foretrekke fremfor at en intervensjon alltid ble brukt akkurat slik det var meningen (Barber et al., 2006; Hogue et al., 2008). Disse studiene fant at en middels

høy grad av adherence var det beste for at intervensjonen skulle oppnå et godt utfall, fremfor både høy og lav grad av adherence (Barber et al., 2006; Hogue et al., 2008). Det at psykologene ikke ubetinget brukte OQ-45 på alle pasienter, kunne dermed være en fordel med tanke på utfallet.

Et sentralt funn i studien som har sammenheng med hvilke tilpasninger psykologene gjorde, var at deltagernes OQ-bruk så ut til å være svært pasientavhengig. Dette var et noe overraskende funn og jeg hadde på forhånd ikke trodd at psykologene bevisst varierte OQ-bruken så mye fra pasient til pasient. Funnene tydet på at det var noen pasienter som psykologene mente det var bra å bruke OQ-45 med, mens det var andre pasienter som det passet dårlig til. Imel et al. (2011) fant lignende resultater i sin studie av terapeuters adherence til en behandlingsmanual i rusbehandling. Terapeutene i deres studie hadde ulik grad av adherence i møte med ulike pasienter (Imel et al., 2011). Funnene i de to studiene kan tyde på et samspill mellom psykologen og pasienten, hvor pasienten påvirker psykologen og hans/hennes bruk. At psykologene brukte OQ-45 på ulike måter med ulike pasienter er et interessant funn, som det tidligere har vært lite fokus på i adherence-studier. Det er et viktig funn som kan bidra med noe nytt, særlig med tanke på OQ-forskningen.

Noen av tilpasningene som ble gjort av OQ-bruken på AUA virket, ut fra det som er beskrevet ovenfor, til å være basert på psykologenes kliniske erfaringer og vurderinger, samt preferanser og karakteristikk ved pasientene. Dette gjenspeiler hva evidensbasert praksis handler om, som nettopp går ut på å integrere den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise og pasientens preferanser (Levant, 2005; NPF, 2007). Psykologenes OQ-bruk kan altså være et eksempel på god evidensbasert praksis, hvor man oppnår en fleksibel intervensjonsbruk som er tilpasset pasientene og konteksten. Likevel er det vanskelig å si hvorvidt psykologenes tilpasninger faktisk var fornuftige, og hvorvidt disse hadde en negativ eller positiv virkning på effekten til OQ-45. Valgene om å tilpasse OQ-bruken var basert på psykologenes vurderinger av hvor nyttig det var og av den enkelte situasjonen og pasienten. Disse vurderingene kan ha vært gjennomtenkte og gode, men man kan heller ikke utelukke at noen av dem var mindre gode.

Bevisste tilpasninger av OQ-bruken forklarer imidlertid ikke alle tilfellene hvor OQ-45 ikke ble brukt. Funnene viste også andre årsaker, for eksempel tidsmangel, ulike praktiske problemer eller at psykologene glemte det eller ikke fikk til å bruke det. Grunnen til at OQ-45 ikke ble brukt, virket med andre ord ikke alltid en overveid avgjørelse fra psykologens side. Disse faktorene kan sies å være mer rent negative for bruken enn de tilpasningene som er

nevnt tidligere, som også kan være fordelaktige. Imel et al. (2011) påpekte de at det var behov for å vite mer om hvorvidt det var bevisste valg fra terapeutenes side når de brukte ulik mengde av behandlingsmanualen med ulike pasienter. Det er et viktig skille mellom det å ikke bruke en intervensjon fordi man ikke forstår eller vet hva man skulle gjøre og det å bevisst tilpasse en intervensjon til omgivelsene (Mihalic, 2002). I denne studien så begge ut til å være tilfelle. Faktorer som påvirket bruken som ikke har med bevisst tilpasning å gjøre, bør man kanskje i større grad forsøke å gjøre noe med, og disse faktorene vil jeg se mer på i den neste delen av diskusjonen.

Faktorer som hemmer bruken og mulige samspill mellom dem

Det å ta i bruk noe nytt, slik som OQ-45 på AUA, tar gjerne tid å få til å fungere og det fører med seg en rekke utfordringer. I denne studien var det noen ytre faktorer, som tidsmangel og organisatoriske og praktiske problemer, som særlig så ut til å hemme bruken. Disse faktorene så i tillegg ut til å ha sammenheng med andre faktorer, som hvilke holdninger og oppfatninger psykologene hadde om OQ-45.

Mangel på tid til å bruke OQ-45 og at det var tidkrevende å bruke, var noe alle deltagerne i studien snakket om, og det ble trukket frem som viktige hemmende faktorer. Dette er i tråd med tidligere forskning, hvor tidsmangel i flere implementeringsstudier, og også i studier av implementering av OQ-45, har blitt regnet som en sentral barriere for implementering (Dusenbury et al., 2003; Lambert et al., 2005; Sørli et al., 2010). Funnene viste videre at for psykologene på AUA hang tid tett sammen med prioritering, og at deltagerne ofte nedprioriterte OQ-bruken når de opplevde å ha liten tid. Også i tidligere studier har man funnet at når brukerne hadde liten tid, kunne andre oppgaver bli prioritert fremfor intervensjonen (Dusenbury et al., 2003; Sørli et al., 2010).

Tidsmangelen og særlig nedprioriteringen av OQ-bruken så også ut til å henge sammen med hvorvidt det ble opplevd som nyttig å bruke. Et eksempel på dette er den grafiske fremstillingen av skårene i OQ-rapporten, som deltagerne trakk frem som svært nyttig å bruke og et godt utgangspunkt for samtaler med pasientene. Å bruke grafen ble omtalt som noe som var verdt å ta seg tid til, i motsetning til andre deler av OQ-45 som kanskje ikke ble vurdert på samme måte. Disse funnene er i tråd med studien til Durlak og DuPre (2008) som viste at dersom man opplevde at det var fordeler med å bruke en intervensjon, ble den brukt i større grad. Ut fra dette kan det tenkes at dersom psykologene fikk mer tid til å bruke OQ-45, så ville de ikke nødvendigvis ha brukt OQ-45 mer. OQ-

bruken kunne fortsatt ha blitt nedprioritert hvis det ikke ble opplevd som nyttig, uavhengig av hvor mye tid de hadde hatt til rådighet. Dette eksemplet viser hvordan faktorene som kan fremme og hemme bruken er i et samspill og at forholdet mellom dem kan være komplisert.

Den første perioden OQ-45 ble brukt var det en del praktiske og organisatoriske problemer knyttet til bruken og også noe motstand blant de ansatte mot å ta i bruk OQ-45 på AUA. Dette funnet er i tråd med studien til Forsner et al. (2010), hvor negative holdninger til en intervensjon ble trukket frem som en barriere for bruken. I en annen studie påpekte Weiner (2009) viktigheten av at alle som var involvert i implementeringen av en intervensjon var enige om å ta i bruk denne intervensjon, hvis implementeringen skulle være vellykket. Dette kan ha vært et problem på AUA, siden noen av de ansatte ikke så et behov for å bruke OQ-45 i begynnelsen. Sammen gjorde disse faktorene at OQ-45 ikke ble så mye brukt i begynnelsen. Det virker som at situasjonen hadde bedret seg etter hvert, og at psykologene var blitt mer positive til bruken og problemene blitt færre. Deltagerne fortalte om god opplæring og gode muligheter for å få hjelp ved problemer. Da det var omorganisering på AUA høsten 2012 oppstod det derimot nye problemer med bruken og noen av deltagerne ble usikre på OQ-bruken igjen. Dette viser både hvordan omgivelsene kan påvirke bruken, men også hvordan det kan ta tid å få til en god bruk av en intervensjon.

Den positive holdningsendringen som fant sted hos psykologene kan også ha hatt sammenheng med at psykologene etter hvert fikk mer erfaring med å bruke OQ-45, og at de i større grad opplevde nytten av det. En psykolog hadde brukt OQ-45 i liten grad, mye fordi deltageren hadde hatt få pasienter i kategorien OQ-45 med rapport, var noe mer skeptisk til nytteverdien av OQ-45 enn de andre deltagerne. Deltageren virket også til å være mer usikker på bruken, og på hvordan OQ-45 kunne brukes i ulike sammenhenger. De deltagerne som hadde mye erfaring med å bruke OQ-45, hadde også ofte flere positive opplevelser med bruken. Dette kan tyde på at etter hvert som alle psykologene har fått brukt OQ-45 enda mer, vil de også i enda større grad oppleve nytten av det.

Et viktig poeng som kommer fram når man ser nærmere på funnene, og som har blitt nevnt kort ovenfor, er at samspillet mellom faktorene kunne påvirke OQ-bruken. For eksempel kunne hvor mye tid psykologen hadde til rådighet påvirke om OQ-bruken ble prioritert, som igjen ble påvirket av om det ble opplevd som nyttig å bruke og om det passet til pasienten. Og hvis for eksempel telefonen man skal motta innloggingskode på er borte, hjelper det lite om det virker som nyttig å bruke eller om man har nok tid. Slike samspill og forholdet mellom ulike faktorer som kan påvirke graden av adherence har vært lite utforsket i

tidligere forskning (Durlak & DuPre, 2008). Et annet interessant spørsmål er om noen av faktorene kunne være viktigere enn andre, altså om det er én faktor som betyr mest for om OQ-45 blir brukt eller ikke. Denne studien sier lite om hva som kan være viktigst, og også tidligere forskning har handlet lite om dette (Durlak & DuPre, 2008). Det er kanskje vanskelig å finne ut om en bestemt faktor er viktigst, siden det trolig både er veldig situasjonsbestemt, samtidig som at ulike faktorer påvirker hverandre i et komplisert samspill.

Drøfting av metode og begrensninger ved studien

En begrensning med denne studien er knyttet til utvalget. Det var fire deltagere som ble intervjuet i studien, av totalt seks mulige deltagere. Det kunne vært en styrke dersom alle psykologene hadde blitt intervjuet, for å få et bredest mulig bilde av hvordan OQ-bruken var på AUA. Det kan tenkes at de to psykologene som ikke ble intervjuet hadde andre erfaringer enn de fire som ble deltakere i studien. Det er mulig at de for eksempel brukte OQ-45 i liten grad eller at de hadde en mer skeptisk holdning til programmet, og at de av slike grunner ikke ønsket å delta i intervjuet. Det er vanskelig å si noe om hvordan resultatene hadde blitt da. I kvalitative studier er imidlertid det viktigste at deltagerne bidrar med informasjon som er nyttig og ikke antall deltagere (Malterud, 2011). I denne studien opplevde jeg at alle deltagerne bidro med nyttig informasjon.

Det lave antallet deltagere i studien kan også påvirke studiens overførbarhet, som handler om hvorvidt resultatene fra en undersøkelse også kan gjelde i andre kontekster enn der hvor det ble undersøkt (Malterud, 2011). Få deltagere er en velkjent utfordring når man bruker en kvalitativ metode, og bred generaliserbarhet av funnene er sjelden mulig. Dette er ofte heller ikke målet med en kvalitativ studie og et viktig poeng i sammenheng med denne studien er at hovedmålet var spesifikt å undersøke hvordan psykologene ved AUA brukte OQ-45. Likevel er det ønskelig at funnene kan ha en relevans utover denne konteksten (Thagaard, 2003). Jeg mener at funnene kan ha relevans også andre steder enn på AUA, for eksempel i andre kliniske kontekster hvor OQ-45 skal tas i bruk. Dette vil jeg komme tilbake til i delen om implikasjoner for praksis.

En annen mulig begrensning ved studien er at deltagerne kan ha blitt påvirket av meg og at de for eksempel fortalte meg det de trodde jeg ville høre eller det de mente var riktig å fortelle (Thagaard, 2003). Deltagerne kan ha ønsket å fremstå som flinke og pliktoppfyllende personer, siden dette kan sies å være sosialt akseptabelt (Pereplechikova & Kazdin, 2005). Den ene veilederen min også var ansvarlig for OQ-prosjektet på AUA, og dette visste

deltagerne om. Det kan ha påvirket hva de fortalte meg og hvordan de fortalte det. For eksempel kunne dette ha ført til at de ikke ville fortelle negative ting om organiseringen. Før hvert av intervjuene fortalte jeg deltageren at jeg ønsket å undersøke deres erfaringer og opplevelser knyttet til OQ-45, og at de var anonyme. Jeg forsøkte med dette å skape en atmosfære hvor deltagerne følte de kunne snakke fritt om temaet. Mitt inntrykk var at deltagerne var åpne og svarte oppriktig på spørsmålene. De fortalte både om positive og negative erfaringer med OQ-45, og om tilfeller hvor de brukte og ikke brukte OQ-45.

Jeg opplevde at det både var fordeler og ulemper med å bruke semi-strukturert intervju som metode. Det var en god metode for å få tilgang til deltagernes erfaringer med OQ-bruken og hva som kunne fremme og hemme bruken av OQ-45. En ulempe med metoden, og en begrensning ved studien, var at intervju kanskje ikke var den best egnede metoden for å undersøke deltagernes grad av adherence. Å bruke en indirekte målemetode, som intervju, for å undersøke implementeringstroskap eller adherence er i følge Pereplechikova og Kazdin (2005) ikke like bra som en direkte målemetode, som for eksempel observasjon. Det deltagerne sier om egen bruk kan som tidligere nevnt være påvirket av hvordan de ønsker å fremstå (Pereplechikova & Kazdin, 2005). Å få klare svar om hvor ofte og hvor mye psykologene brukte OQ-45 var vanskelig, og intervjuformen egnet seg best når deltagerne snakket om erfaringer og opplevelser med bruken.

Intervjuene handlet dessuten delvis om ting som hadde skjedd opptil to år tidligere (da OQ-45 ble innført). Adherence-nivået vil ofte endre seg over tid, og det å måle adherence kun ved én anledning kan gi et noe feilaktig bilde av hvordan situasjonen er (Webb et al., 2010). Det hadde derfor vært ideelt å intervju psykologene ved flere anledninger, for eksempel kort tid etter at OQ-45 ble innført og deretter ved et senere tidspunkt. På grunn av oppgavens omfang var det ikke mulig å gjennomføre dette i denne studien.

Konklusjon og implikasjoner

Denne studien har sett på implementeringen av tilbakemeldingssystemet OQ-45 på en rusbehandlingsavdeling, og i hvilken grad psykologene på denne avdelingen brukte OQ-45 slik det var tiltenkt. Resultatene viste at psykologene brukte OQ-45 i noe grad, altså at deres grad av adherence så ut til å være middels høy. Dette kan bety at tolkningene av effektiviteten til OQ-45 må gjøres med noe forsiktighet, fordi OQ-45 ikke ble brukt i like stor grad som det var meningen. Funnene tydet på at OQ-45 ble brukt mindre i spesielle perioder, som i oppstarten og under omorganiseringen forrige høst. Ut fra denne kunnskapen kan det være nyttig å undersøke om dette har noe å si for effekten i disse periodene. Studien belyser alt i alt viktigheten av å undersøke graden av adherence når man implementerer noe nytt. Uten denne kunnskapen kan slutningene om effektiviteten til OQ-45 i rusbehandlingen på AUA bli usikre eller i verste fall feilaktige.

Bruken av OQ-45 på AUA så ut til delvis å gjenspeile hva evidensbasert praksis handler om, altså å integrere forskningsbasert kunnskap med pasientens preferanser og psykologenes erfaringer. Det å få psykologene på AUA til å alltid bruke OQ-45 er kanskje ikke realistisk og heller ikke nødvendigvis ønskelig. Det er lagt opp til en fleksibel OQ-bruk, og psykologene så ut til å ofte ta fornuftige valg med tanke på hvorvidt de skulle bruke OQ-45 med en pasient eller ikke. Å fortsette med en fleksibel bruk av OQ-45 kan derfor være en god idé, samtidig som man burde forsøke å fjerne noen av elementene som hemmer bruken unødig.

Til tross for en del problemer med bruken og det faktum at OQ-45 ikke alltid ble brukt, opplevde jeg at deltagerne syntes det var nyttig å bruke OQ-45 og at de ønsket å fortsette med det. Deltagerne ønsket dessuten å bruke OQ-45 i større grad enn det de gjorde. Det var kun en tredjedel av pasientene som tilhørte gruppen ”OQ-45 med rapport”, som betydde at psykologene skulle snakke om OQ-45 med dem. Deltagerne snakket om pasienter som de skulle ønske hadde hatt OQ-45 med rapport. Ut fra dette kan det tenkes at psykologene kommer til å bruke OQ-45 i større grad når forskningsprosjektet er over, og alle pasientene skal ha OQ-45 med rapport.

Implikasjoner for praksis

Studien har bidratt med kunnskap om hva som kan fremme og hemme bruken av OQ-45 i en rusbehandlingskontekst. Denne kunnskapen kan for det første brukes til å forbedre bruken av OQ-45 på AUA. Studien har både vist aspekter som fungerer og ikke fungerer med

OQ-bruken og organiseringen. På grunnlag av dette kan det gis noen anbefalinger om den videre bruken på denne avdelingen. Det var blant annet noen spesielle perioder hvor OQ-bruken ikke hadde vært optimal. Dette var særlig i oppstarten og under omorganiseringen, og deltagerne var da usikre på bruken. Det kan være behov for å sette inn ekstra tiltak ved slike fremtidige situasjoner, for eksempel i form av opplæring eller oppfriskning av kunnskaper. Dersom deler av OQ-bruken, for eksempel det å sjekke OQ-rapportene, regnes for å være viktigere enn andre deler, kan det være lurt å fokusere på dette i opplæringen.

For det andre kan funnene i studien være relevante for andre rusinstitusjoner som skal ta i bruk eller har tatt i bruk OQ-45. OQ-prosjektet på AUA er det første som tester ut bruken av OQ-45 i rusbehandling. Resultatene fra denne studien blir trolig også den første som har undersøkt implementeringen av OQ-45 i rusbehandling. Gjennom å vite hva som har påvirket OQ-bruken på én rusbehandlingsavdeling, kan andre finne det nyttig å vite hva som har fungert og ikke har fungert der. Det å implementere en ny intervensjon er en kompleks prosess, og lokale forhold kan trolig ha en del å si. Likevel kan noen av funnene kanskje være relevante for andre kliniske settinger hvor man skal bruke eller bruker OQ-45.

Til slutt kan funnene også kanskje antyde noe generelt om hvilke utfordringer man står overfor når man skal ta i bruk og anvende en ny intervensjon i en klinisk kontekst. Siden mange av resultatene fra denne studien samsvarte med tidligere forskning, kan dette tyde på at det er en del fellestrekk mellom det å ta i bruk OQ-45 i rusbehandling og det å bruke andre intervensjoner i andre kontekster.

Implikasjoner for videre forskning

Implementeringsfeltet er et relativt nytt felt, og det er fortsatt mange ubesvarte spørsmål som bør utforskes. Funnene tydet på at det var en rekke ulike faktorer som kunne påvirke hvorvidt deltagerne brukte OQ-45 eller ikke. Funnene sier derimot lite om hvilke faktorer som var viktigst eller som betydde mest for graden av adherence. Også i tidligere forskning er det mangel på kunnskap om dette. Det hadde derfor vært interessant å undersøke hvilke faktorer som kunne bety mest for graden av adherence og i hvilke sammenheng de ulike faktorene var viktige.

Funnene tydet også på at det var et samspill mellom en del av faktorene som kunne fremme og hemme bruken. Det er behov for mer forskning på hvordan de ulike faktorene kan påvirke hverandre og under hvilke omstendigheter de gjør dette. Et eksempel på et samspill som var særlig interessant i denne studien, var at psykologene så ut til å ha ulik grad av

adherence i møte med ulike pasienter. Dette er interessante og noe overraskende funn som tidligere litteratur sier lite om (et unntak er studien til Imel et al. (2011)). Man vet lite om dette forholdet og om hvordan psykolog og pasient påvirker hverandre og hvordan dette i så fall påvirker graden av adherence. I den sammenheng er det også viktig å undersøke hvorvidt det er bevisste valg som ligger bak når en psykolog bruker en intervensjon mer med en pasient enn en annen.

Referanser

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179 – 211.
- Allen, J. D., Linnan, L. A., & Emmons, K. M. (2012). Fidelity and its relationship to implementation effectiveness, adaption, and dissemination. I R. C. Brownson, G. A. Colditz, & E. K. Proctor (Red.), *Dissemination and implementation research in health. Translating science to practice* (s. 281-304). New York: Oxford University Press.
- Barber, J. P., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Thase, M. E., Weiss, R. D., & Gibbons, M. B. C. (2006). The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the national institute drug abuse collaborative cocaine treatment study. *Psychotherapy Research*, 16(2), 229-240. doi:10.1080/10503300500288951
- Bjørk, R. F., & Neumer, S.-P. (2010). Evidensbasert psykologisk praksis i praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47(10), 937-941.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77 – 101.
- Brorson, H. H. (2011). *Predicting and preventing drop-out from addiction treatment: A mixed method approach* (Prosjektbeskrivelse av doktorgradsprosjekt, Universitetet i Oslo).
- Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J., & Balain, S. (2007). A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation Science*, 2(40), 1-9. doi:10.1186/1748-5908-2-40
- Dalsbø, T. K., Hammerstrøm, K. T., Vist, G. E., Gjermo, H., Smedslund, G., Steiro, A. & Høie, B. (2010). Psychosocial interventions for retention in drug abuse treatment (Protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, 1-13. doi:10.1002/14651858.CD008220
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(50), 1-15. doi:10.1186/1748-5908-4-50
- Dane, A. V., & Schneider, B. H. (1998). Program integrity in primary and early secondary

- prevention: Are implementation effects out of control? *Clinical Psychology Review*, 18(1), 23-45.
- De Jong, K. (2012). *A chance for change: Building an outcome monitoring feedback system for outpatient mental health care*. (Doktoravhandling, Leiden University, Nederland).
- Dobson, D., & Cook, T. J. (1980). Avoiding type III error in program evaluation. Results from a field experiment. *Evaluation and Program Planning*, 3, 269-276.
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41, 327-350. doi:10.1007/s10464-008-9165-0
- Dusenbury, L., Brannigan, R., Falco, M., & Hansen, W. B. (2003). A review of research on fidelity of implementation: Implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Education Research*, 18(2), 237-256.
- Elliot, R., Fischer, C. T., & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 215-229.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network.
- Fleuren, M., Wiefferink, K., & Paulussen, T. (2004). Determinants of innovation within health care organizations. Literature review and Delphi study. *International Journal for Quality in Health Care*, 16(2), 107-123. doi:10.1093/intqhc/mzh030
- Forsner, T., Hansson, J., Brommels, M., Wistedt, A. Å., & Forsell, Y. (2010). Implementing clinical guidelines in psychiatry: A qualitative study of perceived facilitators and barriers. *BMC Psychiatry*, 10(8), 1-10. doi:10.1186/1471-244X-10-8
- Hasson, H., Blomberg, S., & Dunér, A. (2012). Fidelity and moderating factors in complex interventions: A case study of a continuum of care program for frail elderly people in health and social care. *Implementation Science*, 7(23), 1-11. doi:10.1186/1748-5908-7-23
- Hogue, A., Henderson, C. E., Dauber, S., Barajas, P. C., Fried, A., & Liddle, H. A. (2008). Treatment adherence, competence, and outcome in individual and family therapy for

- adolescent behavior problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(4), 544-555. doi:10.1037/0022-006X.76.4.544
- Imel, Z. E., Baer, J. S., Martino, S., Ball, S. A., & Carroll, K. M. (2011). Mutual influence in therapist competence and adherence to motivational enhancement therapy. *Drug and Alcohol Dependence*, 115, 229-236. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.11.010
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervjuet* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Lambert, M. J., Harmon, C., Slade, K., Whipple, J. L., & Hawkins, E. J. (2005). Providing feedback to psychotherapists on their patients' progress: Clinical results and practice suggestions. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 165-174. doi:10.1002/jclp.20113
- Lambert, M. J., & Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy*, 48(1), 72-79. doi:10.1037/a0022238
- Levant, R. F. (2005). Report of the 2005 presidential task force on evidence-based practice. *American Psychological Association*. Hentet fra <http://www.apa.org/practice/resources/evidence/evidence-based-report.pdf>
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- McLeod, J. (2011). *Qualitative research in counseling and psychotherapy* (2. utg.). London: Sage Publications Ltd.
- Mihalic, S. (2002). The importance of implementation fidelity. Hentet fra <http://www.incredibleyears.com/Library/items/fidelity-importance.pdf>
- Norsk psykologforening (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(9), 1127-1128.
- NOU 2011: 11 (2011). *Innovasjon i omsorg*. Hentet fra <http://www.regjeringen.no/pages/16597652/PDFS/NOU201120110011000DDDPDFS.pdf>
- Perepletchikova, F. (2011). On the topic of treatment integrity. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(2), 148-153.
- Perepletchikova, F., & Kazdin, A. E. (2005). Treatment integrity and therapeutic change: Issues and research recommendations. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(4), 365-383. doi:10.1093/clipsy/bpi045

- Ravndal, E., Vaglum, P., & Lauritzen, G. (2005). Completion of long-term inpatient treatment of drug abusers: A prospective study from 13 different units. *European Addiction Research*, 11, 180-185. doi:10.1159/000086399
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5. utgave). New York: Free Press.
- Rønnestad, M. H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(4), 444-454.
- Schoenwald, S. K., & Garland, A. F. (2013). A review of treatment adherence measurement methods. *Psychological Assessment*, 25(1), 146-156. doi:10.1037/a0029715
- Simpson, D. D. (1979). The relation of time spent in drug abuse treatment to posttreatment outcome. *American Journal of Psychiatry*, 136(11), 1449-1453.
- Sørli, M.-A., Ogden, T., Solholm, R., & Olseth, A. R. (2010). Implementeringskvalitet – om å få tiltak til å virke: En oversikt. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47(4), 315-321.
- Taylor, M. C. (2005). Interviewing. I I. Holloway (Red.), *Qualitative research in health care* (s. 39-55). Maidenhead: Open University Press.
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* (2. utg.) Bergen: Fagbokforlaget.
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J., & Barber, J. P. (2010). Therapist adherence / competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 200-211. doi:10.1037/a0018912
- Weiner, B. J. (2009). A theory of organizational readiness for change. *Implementation Science*, 4(67), 1-9. doi:10.1186/1748-5908-4-67
- Whipple, J. L., Lambert, M. J., Vermeersch, D. A., Smart, D. W., Nielsen, S. L., & Hawkins, E. J. (2003). Improving the effects of psychotherapy: The use of early identification of treatment failure and problem-solving strategies in routine practice. *Journal of Counseling Psychology*, 50(1), 59-68.

Vedlegg 1: Spørreskjemaet Outcome Questionnaire-45 (OQ-45)

Spørreskjema (OQ[®]-45.2)

Instrukser: Vurder siste uke, inkludert dagen i dag, slik at vi kan forstå hvordan du har hatt det. Les det enkelte utsagn nøye og kryss av under den kategorien som best beskriver din nåværende situasjon. Arbeid betyr i denne forbindelse jobb, skole, husarbeid, frivillig arbeid osv.

Navn: _____ Alder: ____År

Id # : _____ Kjønn
M ¹ K ¹

Sesjon # _____ Dato __/__/__

Sesjon # _____ Dato _____		Aldri	Sjelden	Av og til	Ofte	Alltid
1.	Jeg kommer godt overens med andre.....	4Í	3Í	2Í	1Í	0Í
2.	Jeg blir fort sliten.....	0Í	1Í	2Í	3Í	4Í
3.	Jeg er ikke interessert i noen ting.....	0Í	1Í	2Í	3Í	4Í
4.	Jeg føler meg stresset på arbeid/skole	0Í	1Í	2Í	3Í	4Í
5.	Jeg gir meg selv skylden for mange ting.....	0Í	1Í	2Í	3Í	4Í
6.	Jeg føler meg irritablel.....	0Í	1Í	2Í	3Í	4Í
7.	Jeg føler meg ikke lykkelig i mitt parforhold/nære forhold.....	0Í	1Í	2Í	3Í	4Í
8.	Jeg har hatt tanker om å gjøre det slutt på livet.....	0Í	1Í	2Í	3Í	4Í
9.	Jeg føler meg svak.....	0Í	1Í	2Í	3Í	4Í
10.	Jeg føler meg engstelig.....	0Í	1Í	2Í	3Í	4Í
11.	Etter at jeg har drukket mye, trenger jeg å drikke neste dag også, for å kunne komme meg”på beina”. (Hvis ikke aktuelt, kryss “aldri”).....	0Í	1Í	2Í	3Í	4Í
12.	Jeg er tilfreds med arbeidet/skolen	4Í	3Í	2Í	1Í	0Í
13.	Jeg er et lykkelig menneske.....	4Í	3Í	2Í	1Í	0Í
14.	Jeg arbeider/leser for mye.....	0Í	1Í	2Í	3Í	4Í
15.	Jeg føler meg verdiløs.....	0Í	1Í	2Í	3Í	4Í
16.	Jeg er bekymret over problemer i familien.....	0Í	1Í	2Í	3Í	4Í
17.	Jeg har et utilfredstillende sexliv.....	0Í	1Í	2Í	3Í	4Í
18.	Jeg føler meg ensom.....	0Í	1Í	2Í	3Í	4Í
19.	Jeg kommer ofte i konflikt.....	0Í	1Í	2Í	3Í	4Í
20.	Jeg føler meg elsket og satt pris på.....	4Í	3Í	2Í	1Í	0Í
21.	Jeg nyter min fritid.....	4Í	3Í	2Í	1Í	0Í
22.	Jeg har problemer med å konsentrere meg.....	0Í	1Í	2Í	3Í	4Í
23.	Jeg syns fremtiden virker håpløs.....	0Í	1Í	2Í	3Í	4Í
24.	Jeg har det godt med meg selv.....	4Í	3Í	2Í	1Í	0Í
25.	Jeg har forstyrrende tanker som jeg ikke klarer å kvitte meg med... ..	0Í	0Í	2Í	3Í	4Í
26.	Jeg blir irritert over mennesker som kritiserer mitt forbruk av alkohol (eller narkotika/piller). (Hvis ikke aktuelt, kryss “aldri”).....	0Í	1Í	2Í	3Í	4Í
27.	Jeg har en irritablel mave.....	0Í	1Í	2Í	3Í	4Í
28.	Jeg arbeider/leser ikke så godt som jeg pleide.....	0Í	1Í	2Í	3Í	4Í
29.	Jeg har hjertebank.....	0Í	1Í	2Í	3Í	4Í
30.	Jeg har vanskeligheter med å komme overens med venner og andre nære bekjente.....	0Í	3Í	2Í	3Í	4Í
31.	Jeg er fornøyd med livet mitt.....	4Í	3Í	2Í	1Í	0Í
32.	Jeg har problemer på arbeid/skole p.g.a. min bruk av alkohol eller narkotika/piller. (Hvis ikke aktuelt, kryss “aldri”).).....	0Í	1Í	2Í	3Í	4Í
33.	Jeg har på følelsen at noe galt kommer til å skje.....	0Í	1Í	2Í	3Í	4Í
34.	Jeg har ømme muskler.....	0Í	1Í	2Í	3Í	4Í
35.	Jeg er redd for åpne plasser, kjøre bil, ta buss, trikk, T-bane, tog osv.					
36.	Jeg føler meg nervøs.....	0Í	1Í	2Í	3Í	4Í
37.	Jeg føler at mine kjærlighetsforhold er oppriktige og tilfredstillende.	0Í	1Í	2Í	3Í	4Í
38.	Jeg føler at jeg ikke klarer meg godt på arbeid/skole.....					
39.	Jeg har for mange uoverenstemmelser på arbeid/skole.....	4Í	3Í	2Í	1Í	0Í
40.	Jeg føler at noe er galt med ”psyken” min.....	0Í	1Í	2Í	3Í	4Í
41.	Jeg har vanskeligheter med å sovne eller sove godt.....	0Í	1Í	2Í	3Í	4Í
42.	Jeg føler meg nedfor.....	0Í	1Í	2Í	3Í	4Í
43.	Jeg er fornøyd med mitt forhold til andre.....	0Í	1Í	2Í	3Í	4Í
44.	Jeg føler meg så sint på arbeidet/skolen at jeg kan komme til å gjøre noe jeg vil angre på	0Í	1Í	2Í	3Í	4Í
45.	Jeg har ofte hodepine.....	4Í	3Í	2Í	1Í	0Í
		0Í	1Í	2Í	3Í	4Í
		0Í	1Í	2Í	3Í	4Í

SD	IR	SR
IKKE SKRIV HER		
+	+	
<i>Alt i alt=</i>		

Vedlegg 2: Intervjuguide psykologer

Innledning

- Forklare hensikten med intervjuet
- Informere om anonymisering og mulighet for å trekke seg.
- Informere om lydopptak → samtykkeskjema

Hoveddel 1:

- Hvordan opplever du å bruke OQ i rusbehandling?
- Hva er de største fordelene og ulempene med å bruke OQ?
- Hvordan opplever du relevansen av å bruke OQ i rusbehandling?
- I hvilken grad opplever du at det er et behov for å bruke OQ?
- Hva slags inntrykk har du av hva pasientene mener om OQ?

Hoveddel 2:

- Kan du beskrive hvordan du bruker OQ?
 - I hvilke situasjoner bruker du OQ? Hva bruker du OQ til?
 - I hvilke situasjoner bruker du ikke OQ?
 - Hvor mye / ofte bruker du OQ?
 - Forklarer du vanligvis den første OQ-rapporten for pasientene dine?
 - Forklarer du OQ-rapporter etter den første gangen? Hvorfor / hvorfor ikke?
 - Hvor ofte er du innom datasystemet og ser på OQ-rapportene?
 - Har det vært noen forandring i hvor mye du har brukt OQ?
- Hender det at det er forskjeller mellom det OQ sier og vurderingene du selv gjør? Hvordan forholder du deg eventuelt til dette?

Hoveddel 3:

- Hva er det som påvirker om du bruker OQ eller ikke?
 - Er det noe med selve OQ-systemet som påvirker om du bruker det eller ikke?
 - Er det noe med pasientene som påvirker om du bruker OQ eller ikke?
 - Påvirker kollegaene dine deg i forhold til om du bruker OQ eller ikke? Hvordan påvirker de deg i så fall?
 - Er det noe med organiseringen / administreringen av OQ-opplegget som påvirker om du bruker OQ?
 - Er det nok ressurser og tid til å bruke OQ?
 - Hvordan har opplæringen vært?
 - Faktorer knyttet til psykologen
 - Opplever du at du klarer å bruke OQ? Er det vanskelig å bruke?
- Hva kunne eventuelt vært gjort annerledes for at du hadde brukt OQ mer?

Oppsummering

- Er det noe viktig som jeg ikke har spurt om?
- Har du spørsmål til meg eller ting du lurer på i forhold til det vi har snakket om?

Bakgrunnsinformasjon

- Hvor lenge har du jobbet som psykolog? Hvor lenge har du jobbet ved AUA?
- Hvor lenge har du brukt OQ?

Vedlegg 3: Samtykkeskjema for lydopptak**Forespørsel om samtykke til lydopptak i
intervju om bruk av OQ-45 i rusbehandling****Bakgrunn**

Studien som du nå deltar i ønsker å forstå mer om hvordan Outcome Questionnaire-45 (OQ-45) brukes i rusbehandling og hva som påvirker om OQ-45 blir brukt. Dette gjøres gjennom å intervju psykologer som bruker OQ-45 ved Avdeling avhengighetsbehandling unge. For å kunne gjennomføre intervjuene på en god måte ønsker jeg å ta lydopptak av intervjuet.

Mulige fordeler og ulemper

Det å intervju psykologer om bruk av OQ-45 i rusbehandling gir kunnskap som kan være med på å gjøre rusbehandling bedre i framtiden og kunne forbedre bruken av OQ-45. Du vil bli invitert til en presentasjon av resultatene fra studien når denne blir ferdig våren 2013. I starten vil noen kunne føle det litt ubehagelig eller distraherende at man tar opp intervjuet på lyd, men for de fleste er det en rask tilvenning til dette.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og direkte gjenkjennende opplysninger, og deltagerne vil være anonymisert i resultatene av studien når disse publiseres. Dersom du trekker deg fra intervjuet, kan du kreve å få slettet de innsamlede opplysninger. Opplysningene blir senest slettet 2015.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å bli tatt opp på lydfil. Dersom du ikke ønsker å bli tatt opp på lydfil, trenger du ikke å oppgi noen grunn, og det får ingen konsekvenser for deltagelse i intervjuet.

Dersom du godtar lydopptak, undertegner du samtykkeerklæringen nedenfor.

Samtykke for lydopptak av intervju

Jeg er villig til å bli tatt opp på lydfil

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Bekreftelse på at informasjon er gitt deltakeren i studien

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Hanne Helene Brorson
Psykologisk institutt
Universitetet i Oslo
Postboks 1094 Blindern
0317 OSLO

Vår dato: 20.06.2012

Vår ref:30769 / 3 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 30.05.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

30769	Terapeuters adherence til bruk av et online-tilbakemeldingssystem (OQ-45) i rusbehandling
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Hanne Helene Brorson
Student	Marte Dalane-Hval

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

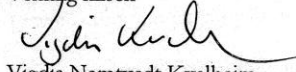
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

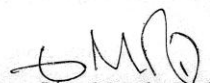
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.05.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Linn-Merethe Rød

Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Marte Dalane-Hval, Bjerkebakken 56, 0757 OSLO

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no